

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

UOC Programmazione controllo di gestione – sistema informativo e statistico
Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO
e-mail: mariagiuseppina.montagna@asppalermo.org
web: www.asppalermo.org

DATA 10/07/2019

PROT. N° 1538

Rif. nota n.52072 del 25/06/2019

All'Assessorato Regionale della Salute
Dipartimento regionale per la Pianificazione Strategica Servizio 2
"Controllo bilanci degli Enti del S.S.R. Percorsi Attuativi di
Certificabilità dei Bilanci"

PEC:

dipartimento.pianificazione.strategica@certmail.regione.sicilia.it

e, p.c. Al Collegio Sindacale
ASP Palermo

OGGETTO : Monitoraggio delle Verifiche di Audit P.A.C. – 1° semestre 2019.
Trasmissione griglia di rilevazione delle verifiche degli internal audit, aggiornata al
30/06/2019, e relazione di accompagnamento.

In riscontro alla nota n.52072 del 25/06/2019, ad oggetto "Monitoraggio delle Verifiche di Audit P.A.C. – 1° semestre 2019", si trasmette, debitamente compilata e firmata, la "griglia di rilevazione delle verifiche degli internal audit", aggiornata al 30/06/2019, e la relativa relazione di accompagnamento.

Si fa presente, comunque, che le criticità evidenziate sono attenzionate dalla Direzione Strategica per la risoluzione entro il 2° semestre 2019.

Il Coordinatore del
Gruppo di Lavoro "Internal Audit
(Dr.ssa Mariagiuseppina Montagna)

Il Direttore Amministrativo
(Dr.ssa Nora Virga)

Il Direttore Sanitario
(Dr. Maurizio Montalbano)

Il Direttore Generale
(Dr.ssa Daniela Faraoni)

Allegato 1 (alla nota prot. M. 1538 del 10/07/2019

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI PALERMO

GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DELL'INTERNAL AUDIT
AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2019

Responsabile della funzione dell'IA: Dr.ssa Mariaguseppina Montagna (Direttore UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIS) Coordinatore del Gruppo di Lavoro "Internal audit" nominata con nota n. ASP/8789/2018/U del 20/02/2018

Responsabile P.A.C.: //

Area	Azione	Descrizione	A - U.O. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - Livello di rischio percepito	E - Esito verifiche I.A.		F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit	G - Misure correttive da intraprendere con indicazione della tempistica proposta per il superamento della criticità
							Positivo	Negativo		
AREA IMMOBILIZZAZIONI										
D1)	D1.4	Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte a riscontrare l'applicazione della procedura [D1.1 - di monitoraggio del processo autorizzativo per le immobilizzazioni] con predisposizione di relativo report delle risultanze delle verifiche.	UOC Contabilità analitica e Patrimonio	Invio follow-up nota n. 1280 del 04/06/2019; riscontro email del 21/06/2019	3. Questionario	medio	X			Motivazione: Difficoltà nella configurazione dei prodotti/articoli e non corretta registrazione in C4H dei cespiti. Azioni correttive: A maggio 2019, organizzate giornate di formazione con i magazzinieri e gli operatori della Dedalus per fornire conoscenze e competenze per il corretto inserimento dei dati. Tempi di risoluzione: Definizione delle operazioni entro ottobre 2019. da rivedere nel 2° semestre 2019
D3)	D3.3	Verifica d'identità delle misure per il controllo del movimento delle persone e dei beni, all'entrata e all'uscita dei locali dei beni.	UOC Logistica e Servizi Esternalizzati	n. 1284 del 04/06/2019; riscontro: email del 09/07/2019	3. Questionario	alto	X			Motivazione: impossibile utilizzare la registrazione elettronica degli accessi Azioni correttive: Si procederà a modificare il regolamento Tempi di risoluzione: in tempi brevi da rivedere nel 2° semestre 2019
E1)	E1.5	E1.5 "Predisposizione di procedure specifiche per la gestione dei conti deposito (es protesti, materiali monousi)"	Dip. Farmaceutico	Invio follow-up nota n. 1281 del 04/06/2019; riscontro nota n. 2174/DF del 24/06/2019	3. Questionario	alto	X			Motivazioni: impossibilità di caricamento su C4h dei documenti di trasporto in conto deposito. Azioni correttive: In sede di riunione con tecnici Dedalus, veniva segnalata l'impossibilità di caricamento su C4h dei documenti di cui sopra. Tempi di risoluzione: i tempi di risoluzione della problematica dipendono dal riscontro della Dedalus. da rivedere nel 2° semestre 2019
E2)	E2.6	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto E2.1 "Predisposizione di una procedura relativa a carichi e scarichi da magazzino, in cui sia prevista tra l'altro: a) apposita documentazione interna (con buoni prenumerati) ed apposite autorizzazioni per tutti i carichi a magazzino per materiali di acquisto e per i resi a fornitori b) controlli da porre in essere per garantire la completa e tempestiva registrazione di tali documenti nel sistema di gestione del magazzino (ad es. a mezzo della prenumerazione dei documenti)", c) che i prelievi, i trasferimenti e i resi vengano effettuati con documenti interni prenumerati o numerati sequenzialmente d) che le autorizzazioni di tali movimenti siano emesse da persone indipendenti rispetto a chi gestisce i magazzini o tiene la contabilità di magazzino" Tale procedura deve prevedere anche l'applicazione delle disposizioni contenute nel D. Lgs 118/2011 e nella Casistica applicativa	Dip. Farmaceutico	Invio follow-up nota n. 1281 del 04/06/2019; riscontro nota n. 2174/DF del 24/06/2019	3. Questionario	alto	X			Motivazioni: impossibilità di caricamento su C4h dei documenti di trasporto in conto deposito. Azioni correttive: In sede di riunione con tecnici Dedalus, veniva segnalata l'impossibilità di caricamento su C4h dei documenti di cui sopra. Tempi di risoluzione: i tempi di risoluzione della problematica dipendono dal riscontro della Dedalus. da rivedere nel 2° semestre 2019
E5)	E5.4	E 5.2 Implementazione di procedure e programmi di approvvigionamento che tengano conto del turnover dei beni e delle obsolescenze.	Dip. Farmaceutico	Invio follow-up nota n. 1281 del 04/06/2019; riscontro nota n. 2174/DF del 24/06/2019	3. Questionario	alto	X			Motivazioni: impossibilità di caricamento su C4h dei documenti di trasporto in conto deposito. Azioni correttive: In sede di riunione con tecnici Dedalus, veniva segnalata l'impossibilità di caricamento su C4h dei documenti di cui sopra. Tempi di risoluzione: i tempi di risoluzione della problematica dipendono dal riscontro della Dedalus. da rivedere nel 2° semestre 2019

Handwritten notes and signatures on the right margin.

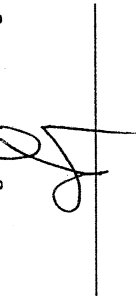
GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DELL'INTERNAL AUDIT
AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2019

Responsabile della funzione dell'IA: Dr.ssa Mariagiuseppina Montagna (Direttore UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIS) Coordinatore del Gruppo di Lavoro "Internal Audit" nominata con nota n. ASP/8789/2018/U del 20/02/2018

Responsabile P.A.C.: //

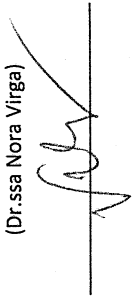
Area	Descrizione	A - U.O. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - Livello di rischio percepito	E - Esito verifiche I.A.		F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit	G - Misure correttive da intraprendere con indicazione della tempestività proposta per il superamento delle criticità
						Positivo	Negativo		
AREA CREDITI E RICAVI									
F1	F1.11 Adozione di una procedura di verifica dei ricavi da partecipazione alla spesa sanitaria (Ticket) che consenta di accertare la corrispondenza tra: visite prenotate a sistema; prestazioni erogate, impegnative ed incassi ricevuti"	UOC Contabilità generale e gestione tesoreria UOS Coordinamento CUP Casse ticket (nel 2° semestre)	11/06/2019 -	1. verifica documentale 2. interviste dirette al personale 5. verifica del software	medio	X		UOC Contabilità generale e gestione tesoreria; verifica positiva UOS Coordinamento CUP; In atto le attività procedurali di controllo tra le prestazioni prenotate ed erogate non avviene nell'ambito della UO.	UOS Coordinamento CUP: Motivazioni: • La gestione dei piani di lavoro avviene al polibulatorio. I piani di lavoro visualizzati alla UOS Coordinamento CUP non danno evidenza dell'allineamento tra prestazioni prenotate ed erogate; • carenza di personale. Azioni correttive: la Responsabile del Coordinamento CUP aziendale organizzerà con le strutture eroganti interne la produzione di un report mensile che certifichi l'allineamento tra le prestazioni erogate e pagate. Tempi di risoluzione: ottobre 2019. da rivedere nel 2° semestre 2019
AREA DESBITI E COSTI									
11	11.7 Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto 11.5 "Acquisto prestazioni sanitarie da privato Definizione di una procedura formalizzata ai fini della remunerazione delle prestazioni nella quale siano previsti i seguenti punti di controllo: a. verifica sulle prestazioni erogate, sulla verifica della correttezza delle codifiche utilizzate e successivamente la congruità delle informazioni iscritte; b. l'aggiornamento della situazione di autorizzazione e accreditamento escludendo sulla base di dati ufficiali, notificati e in costante azione di verifica del mantenimento dei requisiti per l'esercizio dell'attività sanitaria; c. verifica della piena responsabilità nella gestione e controlli di tutte le prestazioni sanitarie acquistate per conto del SSR dai soggetti erogatori privati accreditati, garantendo il controllo della coerenza tra prestazioni erogate, prestazioni fatturate ed eventualmente liquidate"	UOC Programmazione e organizzazione delle attività di cure primarie	Invio follow-up: nota n. 1283 del 04/06/2019 riscontro: nota n. 2744 del 13/06/2019	3. Questionario	medio	X		Il modulo informatico per la gestione dell'assistenza ambulatoriale è stato implementato ex-novo da gennaio 2019 e quindi è in fase di messa a regime.	da rivedere nel 2° semestre 2019

Il Coordinatore del Gruppo di Lavoro "Internal Audit"
(Dr.ssa Mariagiuseppina Montagna)

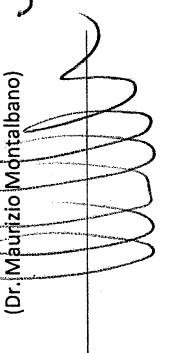


Visto

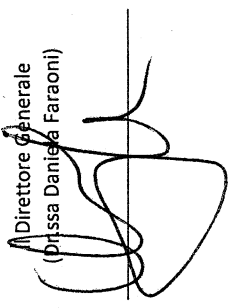
Il Direttore Amministrativo
(Dr.ssa Nora Virga)



Il Direttore Sanitario
(Dr. Maurizio Montalbano)



Il Direttore Generale
(D.ssa Daniela Faraoni)





UOC Programmazione controllo di gestione – sistema informativo e statistico
Gruppo di Lavoro "Internal audit"

Gruppo di Lavoro "Internal audit"
(nominato con nota n. ASP/8789/2018/U del 20/02/2018)

RELAZIONE INTERNAL AUDIT AL 30/06/2019

PARTE A - DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI INTERNAL AUDIT 2019

PARTE B - RELAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE

La presente relazione è organizzata in 2 PARTI (A e B) e in paragrafi come indicato di seguito:

Sommario

PARTE A

DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI INTERNAL AUDIT 2019 aggiornato al 30/06/2019

1. Premessa	3
2. Piano di Internal Audit 2019 dell'ASP di Palermo.....	4
3. Programmazione delle attività di Internal Audit 1° semestre 2019	7
4. Follow-up 2° semestre 2019.....	7
5. Relazione intermedia e finale di internal audit.	7
6. Compilazione della Griglia.	7
7. Archiviazione documentazione	7

PARTE B

RELAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DI INTERNAL AUDIT 2019 aggiornato al 30/06/2019

1. Premessa	9
2. Modalità di realizzazione delle attività di internal audit	9
3. Esito delle verifiche	9
4. Griglia di rilevazione	14

ALLEGATI

allegato A1	nota n.9795 del 04/02/2019 Assessorato della Salute
allegato A2	deliberazione n.248 del 28/02/2019 - Piano di Internal Audit 2019 (PIA 2019)
allegato A3	nota n.25763 del 25/03/2019
allegato A4	verbale del 03/04/2019 Assessorato della Salute - monitoraggio Verifiche Audit Procedure Aziendali PAC anno 2018
allegato A5	deliberazione n.209 del 20/06/2019 – modifica Piano di Internal Audit 2019 (PIA 2019)
allegato A6	nota n.52072 del 25/06/2019 Assessorato della Salute
allegato B1	Griglia di rilevazione sullo stato di attuazione delle verifiche dell'internal audit - aggiornata alla data del 30 giugno 2019;



UOC Programmazione controllo di gestione – sistema informativo e statistico
Gruppo di Lavoro "Internal audit"

PROGRAMMAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI INTERNAL AUDIT 2019

aggiornato al 30/06/2019

1. Premessa

Con nota n.9795 del 04/02/2019 (**allegato A1**), ad oggetto "Percorso attuativo di certificabilità (PAC). Piano Annuale Audit – anno 2019 e Piano Triennale Audit", l'Assessorato Regionale della Salute, a seguito dell'attività avviata nell'ambito delle verifiche sullo stato di attuazione delle procedure PAC, tra l'altro:

- ha richiamato l'istituzione dell'I.A., gli obiettivi e la finalità del PAC nonché le competenze dell'Auditor;
- ha chiesto di aver trasmesso il Piano annuale Audit – anno 2019 (da redigere entro il 28/02/2019).

Con nota n.500 del 18/02/2019 (**vedi allegato A2**) il Coordinatore del Gruppo di Lavoro "Internal Audit" relaziona alla Direzione Aziendale in merito a quanto richiesto dall'Assessorato Regionale della Salute con la suddetta nota n.9795 del 04/02/2019 ed evidenzia le criticità per lo svolgimento delle attività 2019 (per la disamina si rimanda ai contenuti della citata nota n.500/2019).

Con deliberazione n.248 del 28/02/2019 (**allegato A2**) è stato approvato e adottato il Piano Internal Audit 2019 dell'ASP di Palermo, dando atto che il suddetto documento è redatto nelle more della piena implementazione della funzione di internal audit come esplicitata nella nota n.65013 del 02/08/2016 dell'Assessorato Regionale della Salute, per le motivazioni espresse nella citata nota n.500 del 18/02/2019.

Con nota n.25763 del 25/03/2019 (**allegato A3**), l'Assessorato Regionale della Salute – DPS Servizio 2 "Controllo bilanci degli Enti del SSR – Percorsi Attuativi di Certificabilità dei Bilanci" – ha convocato il Responsabile PAC, il Responsabile Audit e il Collegio Sindacale dell'ASP PA il giorno 03/04/2019 per il monitoraggio Verifiche Audit Procedure Aziendali PAC anno 2018.

Nel verbale del 03/04/2019 (**allegato A4**) relativo al suddetto incontro, l'Assessorato Regionale della Salute, esaminato l'esito degli audit 2018, ha prescritto all'ASP PA in sintesi di:

- Eseguire le verifiche programmate per l'anno 2019 entro il 1° semestre;
- Monitorare la corretta applicazione delle procedure per le casse ticket.

Pertanto, con deliberazione n.209 del 20/06/2019 (**allegato A5**) è stato modificato e integrato il Piano Internal Audit 2019 adottato con deliberazione n.248 del 28/02/2019, secondo le indicazioni dell'Assessorato.

Con nota n.52072 del 25/06/2019 (**allegato A6**) l'Assessorato Regionale della Salute ha richiesto il monitoraggio delle verifiche di Audit PAC – 1° semestre 2019, allegando apposita griglia per la rilevazione.

2. Piano di Internal Audit 2019 dell'ASP di Palermo

Il PIA 2019 è stato elaborato prevedendo l'audit delle procedure/azioni P.A.C. che nell'anno 2018 sono risultate verificate "con riserva".

Ai suddetti audit è stato aggiunto il monitoraggio della corretta applicazione delle procedure per le casse ticket, come richiesto dall'Assessorato della Salute con verbale del 03/04/2019 (allegato A4).

VERIFICHE CON RISERVA AL 30/12/2018

Le verifiche degli item della griglia assessoriale che hanno avuto esito "con riserva" nel 2018 sono i seguenti, per i quali sono stati previsti i follow-up nel 1° semestre 2019.

Si riportano in dettaglio anche le criticità e le azioni correttive identificate al 30/12/2018:

D1.4

Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte a riscontrare l'applicazione della procedura [D1.1 - di monitoraggio del processo autorizzativo per le immobilizzazioni] con predisposizione di relativo report delle risultanze delle verifiche.

N.B.: l'azione D1.4 è stata intesa come verifica dell'applicazione della procedura stante che il sistema di verifiche periodiche è attivato.

<u>UOC Contabilità analitica e Patrimonio</u> : verifica parzialmente positiva - non è stato completato l'allineamento del libro cespiti	<u>UOC Contabilità analitica e Patrimonio</u> : EFFETTUATO FOLLOW-UP nota n.2632 del 27/11/2018: RISERVA DA RIVEDERE NEL 2019
---	---

D3.3

Verifica d'idoneità delle misure per il controllo del movimento delle persone e dei beni, all'entrata e all'uscita dei locali dei beni.

<u>UOC Logistica e Servizi Esternalizzati</u> : verifica parzialmente positiva - Carenza di portieri - Non sono arrivate le relazioni semestrali delle macrostrutture - Da implementare sistema di registrazione elettronica degli accessi	<u>UOC Logistica e Servizi Esternalizzati</u> : EFFETTUATO FOLLOW-UP nota n.2625 del 27/11/2018: RISERVA DA RIVEDERE NEL 2019
---	---

E1.9

Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti E1.5 "Predisposizione di procedure specifiche per la gestione dei conti deposito (es protesi, materiali monouso)"

<p><u>Dip. Farmaceutico:</u> PROCEDURA AMMINISTRATIVA GESTIONE DEI BENI IN CONTO DEPOSITO Area PAC: E1.5, E2.1, E5.2: Sul programma informatico C4H la funzionalità "conto deposito" non è ancora stata implementata/settata. La procedura viene eseguita in cartaceo.</p>	<p><u>Dip. Farmaceutico:</u> EFFETTUATO FOLLOW-UP nota n.2621 del 27/11/2018: RISERVA DA RIVEDERE NEL 2019</p>
--	--

E2.6

Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto E2.1 "Predisposizione di una procedura relativa a carichi e scarichi da magazzino, in cui sia prevista tra l'altro:

a) apposita documentazione interna (con buoni prenumerati) ed apposite autorizzazioni per tutti i carichi a magazzino per materiali di acquisto e per i resi a fornitori

b) i controlli da porre in essere per garantire la completa e tempestiva registrazione di tali documenti nel sistema di gestione del magazzino (ad es. a mezzo della prenumerazione dei documenti)".

c) che i prelievi, i trasferimenti e i resi vengano effettuati con documenti interni prenumerati o numerati sequenzialmente

d) che le autorizzazioni di tali movimenti siano emesse da persone indipendenti rispetto a chi gestisce i magazzini o tiene la contabilità di magazzino"

Tale procedura deve prevedere anche l'applicazione delle disposizioni contenute nel D. Lgs 118/2011 e nella Casistica applicativa"

<p><u>Dip. Farmaceutico:</u> PROCEDURA AMMINISTRATIVA GESTIONE DEI BENI IN CONTO DEPOSITO Area PAC: E1.5, E2.1, E5.2: Sul programma informatico C4H la funzionalità "conto deposito" non è ancora stata implementata/settata. La procedura viene eseguita in cartaceo.</p>	<p><u>Dip. Farmaceutico:</u> EFFETTUATO FOLLOW-UP note n.2620-2621-2622 del 27/11/2018: RISERVA DA RIVEDERE NEL 2019</p>
--	--

E5.4

Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto E5.2 "Implementazione di procedure e programmi di approvvigionamento che tengano conto del turnover dei beni e delle obsolescenze."

<p><u>Dip. Farmaceutico:</u> PROCEDURA AMMINISTRATIVA GESTIONE DEI BENI IN CONTO DEPOSITO Area PAC: E1.5, E2.1, E5.2: Sul programma informatico C4H la funzionalità "conto deposito" non è ancora stata implementata/settata. La procedura viene eseguita in cartaceo.</p>	<p><u>Dip. Farmaceutico:</u> EFFETTUATO FOLLOW-UP note n.2621-2622 del 27/11/2018: RISERVA DA RIVEDERE NEL 2019</p>
--	---

I1.7

Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto I1.5 "Acquisto prestazioni sanitarie da privato. Definizione di una procedura formalizzata ai fini della remunerazione delle prestazioni nella quale siano previsti i seguenti punti di controllo:

a. verifica sulle prestazioni erogate, sulla verifica della correttezza delle codifiche utilizzate e successivamente la congruità delle informazioni iscritte;

b. l'aggiornamento della situazione di autorizzazione e accreditamento esclusivamente sulla base di dati ufficiali notificati e in costante azione di verifica del mantenimento dei requisiti per l'esercizio dell'attività sanitaria;

c. verifica della piena responsabilità nella gestione e controlli di tutte le prestazioni sanitarie acquistate per conto del SSR dai soggetti erogatori privati accreditati, garantendo il controllo della coerenza tra prestazioni erogate, prestazioni fatturate ed eventualmente liquidate""

UOC Programmazione e organizzazione delle attività di cure primarie: verifica negativa (procedura non applicata)	
--	--

Le procedure relative ai suddetti item e indicate sul PIA 2019 sono:

n.	delibera	all.	denominazione
3	delibera n.793 del 30/11/2016	C	PROCEDURA AMMINISTRATIVA DI MONITORAGGIO DEL PROCESSO AUTORIZZATIVO PER LE IMMOBILIZZAZIONI Area PAC: D1.1, H2.2
6	delibera n.793 del 30/11/2016	F	PROCEDURA AMMINISTRATIVA GESTIONE DEI BENI IN CONTO DEPOSITO Area PAC: E1.5, E2.1, E5.2
13	delibera n.793 del 30/11/2016	O	REGOLAMENTO AZIENDALE MODALITA' D'ACCESSO DI TERZI ALLE STRUTTURE DELLA ASP DI PALERMO E ORGANIZZAZIONE PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO DI PORTIERATO, GUARDIANIA E SORVEGLIANZA Area PAC: D3.1
22	delibera n.171 del 30/10/2017	9	PROCEDURA AMMINISTRATIVA PER L'APPROVVIGGIAMENTO DI BENI E SERVIZI Area PAC: I1.1
23	delibera n.171 del 30/10/2017	10	PROCEDURA AMMINISTRATIVA PER LA GESTIONE DEGLI ACQUISTI DI PRESTAZIONI SANITARIE DA PRIVATO Area PAC: I1.5

MONITORAGGIO DELLA CORRETTA APPLICAZIONE DELLE PROCEDURE PER LE CASSE TICKET

F1.6

Adozione di una procedura di verifica dei ricavi da compartecipazione alla spesa sanitaria (Ticket) che consenta di accertare la corrispondenza tra: visite prenotate a sistema; prestazioni erogate, impegnative ed incassi ricevuti

Sono stati previsti gli audit interni per le seguenti UU.OO.:

- UOC Contabilità generale e gestione tesoreria (1° semestre 2019)
- UOS Coordinamento CUP (1° semestre 2019)
- Casse ticket (a campione nel 2° semestre 2019)

La procedura relativa al suddetto item e indicata sul PIA 2019 è:

n.	delibera	all.	denominazione
31	delibera n.171 del 30/10/2017	18	PROCEDURA AMMINISTRATIVA PER LA GESTIONE DELLE CASSE Area PAC: F1.6, G1.2, G5.1 (limitatamente ai punti 5.1.1 e 5.1.4)

3. Programmazione delle attività di Internal Audit 1° semestre 2019

Gli audit 2019 sono stati programmati come segue:

- per le procedure/item che al 30/12/2018 presentavano criticità: Follow-up da effettuarsi nel 1° semestre 2019 tramite la compilazione di una scheda questionario che per le criticità 2018 chiede di dichiarare se la criticità è stata superata, e, in caso negativo, le motivazioni, le azioni correttive previste e il cronoprogramma;
- per il monitoraggio della corretta applicazione delle procedure per le casse ticket: audit tramite Intervista diretta al personale e verifica documentale e/o verifica del software.

4. Follow-up 2° semestre 2019

Nel secondo semestre 2019 verrà monitorata la realizzazione delle eventuali azioni correttive raccomandate alle strutture negli audit effettuati nel 1° semestre 2019 e verrà effettuato l'audit presso le casse ticket (a campione).

5. Relazione intermedia e finale di internal audit.

Come richiesto dall'Assessorato della Salute con nota n.52072 del 25/06/2019 (allegato A6), al 30 giugno e alla fine del ciclo di follow-up e degli incontri audit verrà prodotta:

- la Relazione di Internal Audit;
- la Griglia sulle verifiche e i relativi esiti corrispondente al PIA 2019;
- la trasmissione all'Assessorato Regionale della Salute e al Collegio Sindacale dell'ASP della Relazione e della griglia.

6. Compilazione della Griglia.

Per la Griglia citata nella nota dell'Assessorato della Salute n.52072 del 25/06/2019 (allegato A6), si fa riferimento a quella già inviata con nota n.45442 del 12/06/2018.

La Griglia è stata compilata seguendo le istruzioni contenute nelle suddette note solo per gli item oggetto di audit nel 2019, mentre le voci con verifica positiva già nel 2018 non sono state inserite per non appesantire il documento.

Per quanto attiene i fattori di criticità dell'Internal Audit si rimanda ai contenuti della nota n.500 del 18/02/2019 allegata al PIA 2019 adottato con deliberazione n.248 del 28/02/2019 (allegato A2).

7. Archiviazione documentazione

Per ciascuna verifica svolta, sarà archiviata e custodita presso l'ufficio della scrivente, tutta la documentazione comprovante la verifica svolta, in modo tale da consentire, in qualsiasi momento a un soggetto terzo, di ripercorrere tutti i controlli svolti e di comprendere le conclusioni a cui si è pervenuti.

Più in particolare saranno archiviati e conservati:

- Le note di comunicazione effettuazione audit interno;
- Per le verifiche documentali: copie di tutta la documentazione esaminata;
- Per le interviste/colloqui diretti al personale: una breve relazione/verbale con indicazione dei soggetti intervistati (nominativo, ruolo in azienda e posizione in pianta organica), data intervista, domande fatte e risposte ottenute, conclusioni raggiunte, firma sia degli IA che dei soggetti intervistati;

- Per i questionari/check-list: tutti i questionari/check-list somministrati con indicazione dei soggetti intervistati (nominativo, ruolo in azienda e posizione in pianta organica) della data di somministrazione e la firma degli IA che del soggetto che lo ha compilato;
- Per il ricalcolo: tutti i fogli elettronici utilizzati con la spiegazione della loro utilità ai fini della verifica;
- Per le richieste di conferma scritta: tutta la documentazione formale relativa alle richieste e alle risposte ottenute;
- Altro: tutta ciò che può comprovare l'effettiva realizzazione della verifica a soggetti terzi.

05 luglio 2019

Il Coordinatore del
Gruppo di Lavoro "Internal audit"
(D.ssa Mariagiuseppina Montagna)



Allegati:

allegato A1	nota n.9795 del 04/02/2019 Assessorato della Salute
allegato A2	deliberazione n.248 del 28/02/2019 - Piano di Internal Audit 2019 (PIA 2019)
allegato A3	nota n.25763 del 25/03/2019
allegato A4	verbale del 03/04/2019 Assessorato della Salute - monitoraggio Verifiche Audit Procedure Aziendali PAC anno 2018
allegato A5	deliberazione n.209 del 20/06/2019 – modifica Piano di Internal Audit 2019 (PIA 2019)
allegato A6	nota n.52072 del 25/06/2019 Assessorato della Salute



UOC Programmazione controllo di gestione – sistema informativo e statistico
Gruppo di Lavoro "Internal audit"

RELAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DI INTERNAL AUDIT 2019 aggiornato al 30/06/2019

1. Premessa

L'Assessorato Regionale della Salute con nota n.52072 del 25/06/2019 (allegato A6), ad oggetto "Monitoraggio delle Verifiche di Audit P.A.C. – 1° semestre 2019", ha richiesto la compilazione della "griglia di rilevazione delle verifiche degli internal audit", aggiornata al 30/06/2019, facendo altresì presente che l'esito delle verifiche effettuate nel 2° semestre 2019 dovrà essere trasmesso con la stessa modalità entro il 7 gennaio 2020.

La presente relazione accompagna la griglia aggiornata al 30/06/2019.

La medesima scheda, firmata come richiesto, viene allegata alla nota di riscontro alla suddetta nota assessoriale.

2. Modalità di realizzazione delle attività di internal audit

Le modalità seguite per la realizzazione delle verifiche delle procedure PAC sono state conformi alla programmazione effettuata e riportata nell'apposito documento (**PARTE A**).

3. Esito delle verifiche

PROCEDURA PAC DI RIFERIMENTO				
n.	adozione	all.	denominazione	area PAC
3	delibera n. 793 del 31/11/2016	C	PROCEDURA AMMINISTRATIVA DI MONITORAGGIO DEL PROCESSO AUTORIZZATIVO PER LE IMMOBILIZZAZIONI.	Area PAC: D1.1, H2.2

ITEM: D1.4

Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte a riscontrare l'applicazione della procedura [D1.1 - di monitoraggio del processo autorizzativo per le immobilizzazioni] con predisposizione di relativo report delle risultanze delle verifiche.

N.B.: l'azione D1.4 è stata intesa come verifica dell'applicazione della procedura stante che il sistema di verifiche periodiche è attivato.

UOC verificata nel 2019	Criticità in essere al 31/12/2018
UOC Contabilità analitica e Patrimonio	non è stato completato l'allineamento del libro cespiti

ESITO DELLE VERIFICHE: da rivedere nel 2° semestre 2019		
invio follow-up nota n. 1280 del 04/06/2019.		
riscontro email del 21/06/2019 (rif prot. in entrata n.1417 del 21/06/2019)		
E' stato completato l'allineamento del libro cespiti?		
no	Criticità	Difficoltà nella configurazione dei prodotti/articoli e non corretta registrazione in CH4 dei cespiti.
	Azioni correttive	A maggio 2019, organizzate giornate di formazione con i magazzinieri e gli operatori della Dedalus per fornire conoscenze e competenze per il corretto inserimento dei dati.
	Tempi di risoluzione	Definizione delle operazioni entro ottobre 2019.
Viene verificato l'aggiornamento del libro cespiti?		
si	Il libro cespiti viene aggiornato	

PROCEDURA PAC DI RIFERIMENTO				
n.	adozione	all.	denominazione	area PAC
6	delibera n.793 del 30/11/2016	F	PROCEDURA AMMINISTRATIVA GESTIONE DEI BENI IN CONTO DEPOSITO	Area PAC: E1.5, E2.1, E5.2

ITEM: E1.9

Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti E1.5 "Predisposizione di procedure specifiche per la gestione dei conti deposito (es protesi, materiali monouso)"

ITEM: E2.6

Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto E2.1 "Predisposizione di una procedura relativa a carichi e scarichi da magazzino, in cui sia prevista tra l'altro:

a) apposita documentazione interna (con buoni prenumerati) ed apposite autorizzazioni per tutti i carichi a magazzino per materiali di acquisto e per i resi a fornitori

b) i controlli da porre in essere per garantire la completa e tempestiva registrazione di tali documenti nel sistema di gestione del magazzino (ad es. a mezzo della prenumerazione dei documenti)".

c) che i prelievi, i trasferimenti e i resi vengano effettuati con documenti interni prenumerati o numerati sequenzialmente

d) che le autorizzazioni di tali movimenti siano emesse da persone indipendenti rispetto a chi gestisce i magazzini o tiene la contabilità di magazzino"

Tale procedura deve prevedere anche l'applicazione delle disposizioni contenute nel D. Lgs 118/2011 e nella Casistica applicativa"

ITEM: E5.4

Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto E5.2 "Implementazione di procedure e programmi di approvvigionamento che tengano conto del turnover dei beni e delle obsolescenze."

UOC verificata nel 2019	Criticità in essere al 31/12/2018
Dip. Farmaceutico	Sul programma informatico C4H la funzionalità "conto deposito" non è ancora stata implementata/settata. La procedura viene eseguita in cartaceo

ESITO DELLE VERIFICHE: da rivedere nel 2° semestre 2019		
invio follow-up nota n. 1281 del 04/06/2019		
riscontro nota n. 2174/DF del 24/06/2019		
Sono stati forniti alla Ditta Dedalus i settaggi necessari per l'implementazione della funzionalità "conto deposito" sul sistema C4h?		
no	Criticità	Impossibilità di caricamento su C4h dei documenti di trasporto in conto deposito.
	Azioni correttive	In sede di riunione con tecnici Dedalus, veniva segnalata l'impossibilità di caricamento su C4h dei documenti di cui sopra.
	Tempi di risoluzione	I tempi di risoluzione della problematica dipendono dal riscontro della Dedalus.

PROCEDURA PAC DI RIFERIMENTO				
n.	adozione	all.	denominazione	area PAC
13	delibera n.793 del 30/11/2016	0	REGOLAMENTO AZIENDALE MODALITA' D'ACCESSO DI TERZI ALLE STRUTTURE DELLA ASP DI PALERMO E ORGANIZZAZIONE PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO DI PORTIERATO, GUARDIANIA E SORVEGLIANZA	Area PAC: D3.1

ITEM: D3.3

Verifica d'idoneità delle misure per il controllo del movimento delle persone e dei beni, all'entrata e all'uscita dei locali dei beni.

UOC verificata nel 2019	Criticità in essere al 31/12/2018
UOC Logistica e Servizi Esternalizzati	- Carezza di portieri - Non sono arrivate le relazioni semestrali delle macrostrutture - Da implementare sistema di registrazione elettronica degli accessi

ESITO DELLE VERIFICHE: da rivedere nel 2° semestre 2019		
invio follow-up nota n. 1284 del 04/06/2019		
riscontro: email del 09/07/2019		
Sono arrivate le relazioni semestrali delle macrostrutture?		
si		
E' stato implementato il sistema di registrazione elettronica degli accessi?		
no	Criticità	Impossibile utilizzare la registrazione elettronica degli accessi
	Azioni correttive	Si procederà a modificare il regolamento
	Tempi di risoluzione	In tempi brevi

PROCEDURA PAC DI RIFERIMENTO				
n.	adozione	all.	denominazione	area PAC
22	delibera n.171 del 30/10/2017	9	PROCEDURA AMMINISTRATIVA PER L'APPROVVIGGIAMENTO DI BENI E SERVIZI	Area PAC: I1.1

UOC verificata nel 2019	Criticità in essere al 31/12/2018
UOC Provveditorato	<ul style="list-style-type: none"> - sollecitare fattivamente l'attivazione della procedura informatica per la gestione degli armadietti farmaceutici di reparto; - rivedere l'iter procedurale organizzativo affinché le RdA (richieste d'acquisto) siano informatizzate; - formalizzare una reportistica dedicata per il sistema di verifiche periodiche (azione I1.3)

ESITO DELLE VERIFICHE: da rivedere nel 2° semestre 2019 invio follow-up: nota n. 1282 del 04/06/2019 riscontro: email del 17/06/2019 (rif. prot. in entrata n.1383 del 17/06/2019)	
E' stata sollecitata l'attivazione della procedura informatica per la gestione degli armadietti farmaceutici di reparto?	
sì	In fase di definizione, completa attivazione entro luglio 2019.
E' stato rivisto l'iter procedurale organizzativo affinché le RdA siano informatizzate?	
no	Criticità Protocolli aziendali per l'utilizzo del sistema C4h non ancora definiti (Mancato utilizzazione da parte di strutture aziendali del sistema C4H)
	Azioni correttive Direttiva sulle modalità operative, a seguito di indirizzo e formazione da parte della Dedalus.
	Tempi di risoluzione Entro il 2019.
E' stata formalizzata una reportistica dedicata per il sistema di verifiche periodiche?	
sì	Reportistica formalizzata.

PROCEDURA PAC DI RIFERIMENTO				
n.	adozione	all.	denominazione	area PAC
23	delibera n.171 del 30/10/2017	10	PROCEDURA AMMINISTRATIVA PER LA GESTIONE DEGLI ACQUISTI DI PRESTAZIONI SANITARIE DA PRIVATO	Area PAC: I1.5

ITEM: I1.7

Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto I1.5 "Acquisto prestazioni sanitarie da privato. Definizione di una procedura formalizzata ai fini della remunerazione delle prestazioni nella quale siano previsti i seguenti punti di controllo:

- a. verifica sulle prestazioni erogate, sulla verifica della correttezza delle codifiche utilizzate e successivamente la congruità delle informazioni iscritte;
- b. l'aggiornamento della situazione di autorizzazione e accreditamento esclusivamente sulla base di dati ufficiali notificati e in costante azione di verifica del mantenimento dei requisiti per l'esercizio dell'attività sanitaria;
- c. verifica della piena responsabilità nella gestione e controlli di tutte le prestazioni sanitarie acquistate per conto del SSR dai soggetti erogatori privati accreditati, garantendo il controllo della coerenza tra prestazioni erogate, prestazioni fatturate ed eventualmente liquidate""

UOC verificata nel 2019	Criticità in essere al 31/12/2018
UOC Programmazione e organizzazione delle attività di cure primarie	verifica negativa (procedura non applicata)

ESITO DELLE VERIFICHE: da rivedere nel 2° semestre 2019	
invio follow-up: nota n. 1283 del 04/06/2019	
riscontro: nota n. 2744 del 13/06/2019	
E' stata contattata la RTI Dedalus per comprendere tempistiche e modalità di implementazione di un modulo informativo di gestione dell'assistenza ambulatoriale?	
si	A partire da gennaio 2019, la liquidazione delle prestazioni da privato accreditato viene effettuata tramite fatturazione elettronica in C4h.
La procedura è pienamente applicata?	
no	Il modulo informatico per la gestione dell'assistenza ambulatoriale è stato implementato ex-novo da gennaio 2019 e quindi è in fase di messa a regime.

.....

PROCEDURA PAC DI RIFERIMENTO				
n.	adozione	all.	denominazione	area PAC
31	delibera n.171 del 30/10/2017	18	PROCEDURA AMMINISTRATIVA PER LA GESTIONE DELLE CASSE	Area PAC: F1.6, G1.2, G5.1
N.B.: La procedura è sottoposta ad audit limitatamente ai punti 5.1.1 e 5.1.4				

ITEM: F1.6

Adozione di una procedura di verifica dei ricavi da compartecipazione alla spesa sanitaria (Ticket) che consenta di accertare la corrispondenza tra: visite prenotate a sistema; prestazioni erogate, impegnative ed incassi ricevuti

UOC verificata nel 2019	Criticità in essere al 31/12/2018
UOC Contabilità generale e gestione tesoreria UOS Coordinamento CUP Casse ticket (nel 2° semestre)	Positiva (sottoposta ad audit UOC Contabilità generale e gestione tesoreria)

ESITO DELLE VERIFICHE: da rivedere nel 2° semestre 2019	
Nota comunicazione effettuazione audit: nota n. 1279 del 04/06/2019	
Verbale del 11/06/2019 con la UOC Contabilità generale e gestione tesoreria	
Verbale del 13/06/2019 con la UOS Coordinamento CUP	
UOC Contabilità generale e gestione tesoreria: verifica positiva	

UOS Coordinamento CUP

In atto le attività procedurali di controllo tra le prestazioni prenotate ed erogate non avviene nell'ambito della UO per i seguenti motivi:

- La gestione dei piani di lavoro avviene al poliambulatorio. I piani di lavoro visualizzati alla UOS Coordinamento CUP non danno evidenza dell'allineamento tra prestazioni prenotate ed erogate;
- la Responsabile Coordinamento CUP aziendale e provinciale rappresenta la carenza di personale (operano nell'ambito di attività CUP n. 2 unità di personale: n.1 contrattista, in atto impegnato nei corsi OSS organizzati dall'azienda, e n. 1 Dirigente Medico, la stessa responsabile).

Al fine di uniformarsi alle indicazioni della procedura, preso atto che la documentazione di che trattasi, in cartaceo, è in possesso delle strutture sanitarie eroganti, la Responsabile del Coordinamento CUP aziendale organizzerà con le strutture eroganti interne la produzione di un report mensile che certifichi l'allineamento tra le prestazioni erogate e pagate.

Si prevede che i report possano essere prodotti dal mese di ottobre 2019.

4. Griglia di rilevazione

Sulla base delle verifiche effettuate è stata compilata la Griglia di rilevazione delle verifiche degli internal audit, aggiornata al 30/06/2019 (**allegato B1**)

05/07/2019



Il Coordinatore del
Gruppo di Lavoro "Internal audit"
(D.ssa Mariagiuseppina Montagna)

Allegati:

allegato B1 Griglia di rilevazione sullo stato di attuazione delle verifiche dell'internal audit -
aggiornata alla data del 30 giugno 2019;

CONTROLLO GEST. SIS
PAG 01/06

0917032077
DIREZIONE GENERALE

RICEVUTO 08/02/2019 14:03
2336

08/02/2019 13:38

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE
Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica
Servizio 2 Percorsi attuativi di certificabilità dei bilanci del SSR.

Prot. n° 9795 del 4 Febbraio 2019

OGGETTO: Percorso attuativo della certificabilità (P.A.C.). Piano annuale Audit- anno 2019 e Piano Triennale Audit.

Alle Direzioni Generali
degli Enti del S.S.R.

Alla Direzione Generale
dell'IRCCS Bonino Pulejo

Agli Internal Audit
delle Aziende del S.S.R.
e dell'IRCCS Bonino Pulejo

Ai Responsabili P.A.C.
delle Aziende del S.S.R.
e dell'IRCCS Bonino Pulejo

Al Responsabile della GSA
c/o Servizio 5 DPS

Al Collegi Sindacali
degli Enti del S.S.R.
e dell'IRCCS Bonino Pulejo

e.p.c.

Al Gruppo di Lavoro Regionale per
l'attività di Coordinamento sul P.A.C.
(D.D.G. n° 1688/2018)

Alla Ragioneria Generale della Regione
Servizio 3 - Vigilanza - Dipartimento
Bilancio e Tesoro

All'Ufficio di Gabinetto
LORO SEDI

Con nota prot. 65013 del 02.08.2016, che integralmente si richiama, sono stati forniti chiarimenti sulla funzione svolta dall'Internal Audit. Dall'attività di monitoraggio già avviata da questo Dipartimento nell'ambito delle verifiche sullo stato di attuazione delle procedure PAC, sono emerse numerose criticità che di fatto limitano il regolare esercizio dello svolgimento dei compiti dell'I.A. all'interno dell'Azienda Sanitaria. In particolare, si riportano le principali problematiche emerse:

- soggetto incaricato dall'Azienda non dotato di adeguata competenza professionale in materia di Internal Audit;
- Insufficiente dotazione di risorse professionali e strumentali a supporto dello svolgimento della funzione di LA
- Molteplicità di attività (carichi di lavoro) assegnate al soggetto incaricato di effettuare l'audit oltre a quelle già ascritte alla funzione di Internal Audit che non garantiscono un adeguato adempimento dei compiti;
- Ritardo da parte dell'azienda nell'individuare il soggetto cui affidare l'incarico di LA con conseguente vacanza della funzione;
- Ricorso a professionalità esterne, la cui durata dell'incarico non assicura la continuità nello svolgimento delle attività attribuite alla figura di LA;
- Eccessivo turn-over nella individuazione di soggetti incaricati per lo svolgimento della funzione di LA;
- Insufficiente interazione dell'IA con gli altri Organismi dell'Azienda Sanitaria (O.I.V - Collegio Sindacale - Responsabili di strutture aziendali).

Ciò premesso, si ritiene doveroso richiamare l'attenzione dei destinatari su quanto segue.

► Istituzione dell'IA

La figura dell'IA è espressamente prevista dall'Azione A.1.7 del P.A.C (Parcorso Attuativo di Certificabilità) adottato dalla Regione Siciliana con D.A 1559/2016 per il quale gli Enti del Servizio Sanitario della Regione sono obbligati alla: *"Istituzione di una funzione d'internal audit indipendente ed obiettiva, finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione amministrativo-contabile aziendale"*.

► Obiettivi del P.A.C.

L'attività del P.A.C è finalizzata al raggiungimento degli Obiettivi aziendali, quali l'attendibilità economico finanziaria, l'efficacia e l'efficienza della gestione nonché l'osservanza della normativa applicabile all'Ente Sanitario.

► Finalità del P.A.C.

Il P.A.C. concorre ad assicurare la salvaguardia del patrimonio aziendale nonché a garantire l'efficienza e l'efficacia dei processi aziendali e l'affidabilità delle informazioni da parte dei responsabili delle strutture operative ed infine il rispetto delle leggi e dei regolamenti interni aziendali.

► Competenze dell'Auditor

Pertanto, la funzione dell'IA deve essere assegnata ad un soggetto (Dirigente/funzionario) dotato di adeguate competenze professionali, strutturato in staff alla Direzione Generale alla quale riferisce solo a questa sull'esito della propria attività ed il quale svolge all'interno dell'Ente Sanitario, una attività *"indipendente"* ed *"obiettiva"* in ossequio agli standard internazionali *"The Institute of Internal Auditors"*.

In sintesi, il ruolo svolto dall'IA è di tipo consulativo/propositivo ed allo stesso è attribuito, non solo di migliorare le azioni e le attività ascritte al Percorso Attuativo di Certificabilità della Azienda Sanitaria, ma anche di svolgere le seguenti funzioni (cfr nota 65013 del 02.08.2016):

- *Mappatura e valutazione dei rischi e pianificazione degli audit;*

- Verifica delle procedure di gestione e di controllo;
- Assicurare lo sviluppo di valori e principi etici all'interno delle Aziende;
- Migliorare l'efficace gestione dell'organizzazione e l'accountability;
- Comunicare informazioni sui rischi e controlli ai responsabili interessati delle strutture interne;
- Coordinare le attività e il processo di scambio di informazioni su rischi e controlli tra la Direzione, gli Organismi di Controllo Esterno (Collegio Sindacale e OIV) e la Dirigenza.
- Aggiornare il modello di "Risk Assessment" sulla base degli esiti di audit;
- Svolgere gli interventi di audit programmati;
- Redigere i rapporti di Audit;
- Proporre azioni e soluzioni migliorative.

Di contro ai responsabili delle Unità competono le seguenti attività:

- Garantire il supporto professionale alle operazioni di controllo da parte degli Auditor;
- Assistere la Direzione nel consentire il regolare espletamento del sistema dei controlli;
- Coordinare la pianificazione dell'attività della Struttura;
- Assicurare il pieno svolgimento delle attività programmate all'interno del piano annuale di audit, al fine di garantirne l'esecuzione;
- Approvare i rapporti di audit.

Appare opportuno rilevare che il sistema di controllo interno e la gestione dei rischi devono essere strutturati per consentire l'identificazione, la misurazione, la gestione ed il monitoraggio dei rischi aziendali.

Pertanto il "sistema dei controlli" deve essere integrato nei più generali assetti organizzativi e di governo adottati dall'Azienda Sanitaria tenendo presente i modelli procedurali previsti dal Percorso Attuativo di Certificabilità e mira al raggiungimento degli Obiettivi aziendali quali l'attendibilità dell'informativa economico-finanziaria, l'efficacia e l'efficienza della gestione aziendale ed il rispetto della normativa di settore.

La realizzazione degli obiettivi prefissati dall'Ente Sanitario, attraverso il corretto utilizzo delle procedure P.A.C, è subordinata ad una preliminare valutazione del "rischio" aziendale.

Per quanto sopra esposto, le Aziende Sanitarie devono inoltrare a questo Dipartimento la documentazione appresso indicata:

- Relazione del risk assessment - Relazione aggiornata sul processo sistematico di identificazione e valutazione dei rischi (strategici, di compliance, operativi, finanziari ...) svolto dall'I.A. nella quale sono individuate le aree aziendali che sono maggiormente esposte al rischio;
- Piano annuale Audit - anno 2019 (da redigere entro il 28/02/2019) nel quale sono definite le azioni e/o le procedure che saranno verificate nell'anno solare e ne individua anche i correlati centri di responsabilità. Il piano annuale dovrà essere adottato con delibera aziendale sulla base della proposta formulata dal responsabile della funzione di Audit e dal responsabile P.A.C, pubblicato sul sito Amministrazione Trasparente dell'Azienda e dovrà contenere:
 - Azione/Procedura oggetto di audit;
 - Struttura aziendale auditata;
 - Obiettivo dell'intervento;
 - Ambito dell'Audit;
 - Crono programma delle attività da svolgersi nell'anno solare.

Le eventuali modifiche al piano apportate in corso anno dovranno essere sottoposte ad approvazione con le stesse modalità previste per l'approvazione del piano annuale.

Il piano annuale Audit deve essere comunicato ai responsabili delle strutture aziendali compreso O.I.V e Responsabile Anticorruzione e Collegio Sindacale.

- Piano triennale Audit - nel quale è definito l'ordine, sulla base dei rischi prioritari delle attività di audit da svolgersi in ciascuno degli anni del periodo di pianificazione. Lo stesso deve essere aggiornato annualmente sulla base degli esiti emersi dalle verifiche di audit svolte nell'anno precedente e dall'eventuale aggiornamento della valutazione dei rischi. Il citato piano dovrà essere adottato con delibera aziendale sulla base della proposta formulata dal responsabile della funzione di Audit e dal responsabile P.A.C e pubblicato sul sito Amministrazione Trasparente dell'Azienda.

La presente nota è inoltrata anche ai singoli Collegi Sindacali delle Aziende Sanitarie (Individuate dall'art. 19, comma 2 lettere a) e c) del D.Lgs. n° 118 del 23 giugno 2011) i quali nell'ambito della propria autonomia, sono tenuti, in ossequio ai compiti previsti dall'art. 3 ter del D.Lgs 502/1992 ad accertare l'assetto organizzativo, amministrativo e contabile dell'azienda (cfr MBF circolare n° 35 del 13.12.2018).

Nello specifico la vigilanza sulla regolarità amministrativo contabile iscritta al Collegio Sindacale si esplica non soltanto attraverso il controllo della regolare tenuta dei libri e delle scritture ma anche sull'affidabilità, completezza e correttezza delle procedure aziendali tra le quali rientra il P.A.C.

Pertanto, si invitano i destinatari della presente, ciascuno nell'ambito delle rispettive competenze, ad una puntuale osservanza di quanto sopra richiesto, tenuto conto che la corretta misura delle procedure P.A.C e la correlata attività di controllo da parte dell'I.A mira a fornire alla Direzione Aziendale ed agli Organi Esterni di disporre di dati "di qualità" i cui riflessi incidono sul bilancio di esercizio e sulla Governance dell'Ente.

La documentazione sopra indicata, unitamente al manuale di I.A redatto ed approvato dall'Azienda, dovranno essere trasmessi per posta elettronica certificata all'indirizzo: dipartimento.pianificazione.strategica@cert.maf.regione.sicilia.it.

Il Funzionario Direttivo
Dott. Giovanni Scoma

Il Dirigente del Servizio 2
Dott. Marcello Castano



Il Dirigente Generale
Mario La Rocca

REGIONE SICILIANA AZIENDA PROVINCIALE
UFFICIO DELIBERE
27 FEB. 2019
PROTOCOLLO n. 395

REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
PALERMO
DELIBERA DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Deliberazione n° 00248

del 23 FEB. 2019

OGGETTO: Approvazione ed adozione Piano Internal Audit 2019 dell'ASP di Palermo.

STRUTTURA PROPONENTE
UOC PROGRAMMAZIONE CONTROLLO DI GESTIONE - SISTEMA INFORMATIVO E STATISTICO

Proposta n. 2 del 27.02.2019

Quadro Economico Patrimoniale - Bilancio 2019

N. Centro di Costo _____

N° Conto Economico _____

Ordine n° _____ del _____

Tetto spesa/Budget assegnato € _____

Budget già utilizzato/impegnato € _____

Budget presente atto € _____

Disponibilità residua di budget € _____

Budget pluriennale _____

Anno _____ Euro _____

Anno _____ Euro _____

Non comporta ordine di spesa

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

M. Montagna

IL DIRETTORE DELLA UOC
(Dr.ssa Mariagiuseppina Montagna)

M. Montagna

DIPARTIMENTO
RISORSE ECONOMICO-FINANZIARIE, PATRIMONIALE, PROVVEDITORATO E TECNICO

ANNOTAZIONE CONTABILE - BILANCIO
Esercizio 2019

N° Conto economico _____

N° Conto Patrimoniale _____

Importo € _____

Budget pluriennale _____

Anno _____ Euro _____

Anno _____ Euro _____

Il Direttore f.f. UOC Bilancio e Programmazione
(Dr. Salvatore Bellomo)

L'anno duemiladiciannove, il giorno VENTOTTO del mese di FEBBRAIO, nei locali della Sede Legale di via Giacomo Cusmano n° 24 - Palermo, il Commissario dell'ASP di Palermo Dr.ssa Daniela Faraoni, nominato con D.A. N° 2491 del 18/12/2018, assistito da DOTT. ANTONINO GAUDIO quale segretario verbalizzante, adotta la seguente delibera sulla base della proposta di seguito riportata:

**Il Direttore della UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIS,
Dr.ssa Mariagiuseppina Montagna**

- VISTA** la seguente normativa e direttive in materia di audit interno nell'ambito dei Percorsi Attuativi di Certificabilità:
- ✓ l'art.2 del Decreto Certificabilità (D.M. 17/09/2012), che impone agli enti del SSR, in ottemperanza a quanto stabilito dall'art.1, comma 291, della legge n.266 del 23/12/2005, e dall'art.11 del Patto per la Salute 2010-2012, di garantire, sotto la responsabilità e il coordinamento della Regione, la certificabilità dei propri dati e dei propri bilanci;
 - ✓ il D.M. 01/03/2013 adottato dal Ministero della Salute, di concerto con il Ministero della Economia e delle Finanze, recante "Definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità";
 - ✓ i Decreti Assessoriali n.2128 del 12/11/2013, n.402 del 10/03/2015 e n.1559 del 05/09/2016 con i quali l'Assessore alla Salute della Regione Siciliana ha provveduto all'adozione dei Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC) per gli enti del Servizio sanitario regionale,
 - ✓ l'Azione A1.7 dei suddetti P.A.C. che prevede che gli Enti del Servizio Sanitario Regionale sono obbligati alla «istituzione di una funzione di internal audit indipendente ed obiettiva, finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione amministrativo-contabile aziendale»;
 - ✓ la nota prot. n. 65013 del 2/8/2016 ad oggetto "Percorso attuativo di certificabilità (PAC). Nota esplicitiva sulla funzione di «internal audit» prevista dalla normativa PAC per gli Aziende del SSR", con la quale l'Assessorato Regionale della Salute ha fornito chiarimenti ed indicazioni specifiche in merito a funzioni e ruolo dell'Internal Audit (brevemente IA);

VISTE

- ✓ le deliberazioni n.793 del 30/11/2016 e n.171 del 30/10/2017, con le quali l'ASP di Palermo ha adottato le procedure previste dai P.A.C. di cui al D.A. n.1559 del 05/09/2016;
- ✓ la nota n. ASP/8789/2018/U del 20/02/2018, con la quale, da ultimo, è stato costituito il Gruppo di Lavoro "Internal Audit" affidando il coordinamento dello stesso al Direttore della UOC Programmazione, Controllo di Gestione - SIS, e ciò nelle more della nomina del Responsabile della UOS Audit e della piena implementazione della funzione di internal audit come esplicitato nella nota n.65013 del 02/08/2016 dell'Assessorato Regionale della Salute;
- ✓ la nota n.313 del 31/01/2019, con la quale il Coordinatore del Gruppo di Lavoro "Internal Audit" trasmette all'Assessorato Regionale della Salute la griglia di rilevazione sullo stato di attuazione delle verifiche dell'internal audit al 31/12/2018, richiesta dal medesimo Assessorato con nota n.45442 del 12/06/2018, nonché una dettagliata relazione di accompagnamento contenente anche il Piano di Internal Audit 2018;

PRESO ATTO dei contenuti della nota n.9795 del 04/02/2019, ad oggetto "Percorso attuativo di certificabilità (PAC). Piano Annuale Audit - anno 2019 e Piano Triennale Audit", con la quale l'Assessorato Regionale della Salute, a seguito dell'attività avviata nell'ambito delle verifiche sullo stato di attuazione delle procedure PAC, tra l'altro:

- richiama l'istituzione dell'I.A., gli obiettivi e la finalità del PAC nonché le competenze dell'Auditor;
- chiede di aver trasmesso il Piano annuale Audit - anno 2019 (da redigere entro il 28/02/2019);

DATO ATTO che, con nota n.500 del 18/02/2019, allegata al presente atto, il Coordinatore del Gruppo di Lavoro "Internal Audit" relaziona in merito a quanto richiesto dall'Assessorato Regionale della Salute con la suddetta nota n.9795 del 04/02/2019;

VISTO il PIANO DI INTERNAL AUDIT 2019, elaborato dal Coordinatore del Gruppo di Lavoro "Internal Audit" e sottoscritto dal Responsabile del Progetto PAC, allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;

DATO ATTO che il suddetto documento è redatto nelle more della piena implementazione della funzione di internal audit come esplicitata nella nota n.65013 del 02/08/2016 dell'Assessorato Regionale della Salute;

DATO ATTO della conformità della presente proposta alla normativa vigente che disciplina la materia trattata;

DATO ATTO che il Direttore della UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIS che propone il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, è, sia nella forma che nella sostanza, totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della L.14 Gennaio 1994 n.20 e s.m.i., e che lo stesso è stato predisposto nel rispetto della L. 6 Novembre 2012 n.190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione", nonché nell'osservanza dei contenuti del vigente Piano Aziendale della Prevenzione della corruzione;

Per le causali di cui in premessa,

PROPONE di:

- 1) APPROVARE E ADOTTARE il PIANO DI INTERNAL AUDIT 2019 DELL'ASP DI PALERMO, allegato al presente atto come parte integrante e sostanziale;
- 2) DARE ATTO che il suddetto documento è redatto nelle more della piena implementazione della funzione di internal audit come esplicitata nella nota n.65013 del 02/08/2016 dell'Assessorato Regionale della Salute;
- 3) DARE ATTO che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa a carico del bilancio aziendale;
- 4) DARE CARICO all'U.O. Comunicazione e informazione di pubblicare sul sito istituzionale nella sezione denominata "Amministrazione Trasparente" / "Bilanci" / "PAC", il presente provvedimento completo dei relativi allegati;
- 5) TRASMETTERE copia della presente deliberazione, con i relativi allegati, all'Assessorato Regionale della Salute, al Collegio Sindacale e al RUP del Progetto PAC dell'ASP di Palermo.

6) *Approvare il presente atto in merito al decreto esecutivo
sotto l'urgenza del problema
A*****A*

IL DIRETTORE DELL'UOC
Programmazione Controllo di Gestione - SIS
(Dr.ssa Mariagiuseppina Montagna)

parere _____ dal _____
DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dr. _____)

Sul presente atto viene espresso

parere *favorevole* dal _____
DIRETTORE SANITARIO
(Dr. Salvatore Russo)

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Vista la proposta di deliberazione che precede, e che s'intende qui di seguito riportata e trascritta;
Visti i pareri favorevoli espressi dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;
Ritenuto di condividerne il contenuto,
Assistito dal segretario verbalizzante

DELIBERA

di approvare la superiore proposta, che qui s'intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata dal Dirigente Responsabile della struttura proponente.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
(Dr.ssa Daniela Faraoni)

Il Segretario verbalizzante
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO
PROFESSIONALE SENIOR
(Dott. Antonino Casella)

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - PALERMO

ATTESTAZIONI

00248

28 FEB. 2019

Deliberazione n° _____ del _____

Immediatamente esecutiva ai sensi dell'art. 65 comma 7 - L.R. 25/1993 nel testo riformulato dall'art. 53 della L.R. n. 30/1993

COLLABORATORE AMMINISTRATIVO
PROFESSORIALE SENIOR
(Dott. Antonino Casadio)

Il Responsabile
dell'Ufficio Deliberazioni

COLLABORATORE AMMINISTRATIVO
PROFESSORIALE SENIOR

(Dott. Antonino Casadio)

La presente deliberazione è stata affissa all'Albo il _____

L'Addetto _____

è stata ritirata dall'Albo il _____

L'Addetto _____

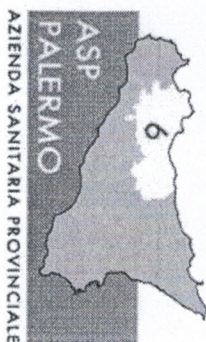
Si attesta che contro la presente deliberazione non è pervenuto alcun reclamo

Si attesta che contro la presente deliberazione è pervenuto reclamo da:

Palermo, _____

IL RESPONSABILE DELL'UFFICIO DELIBERAZIONI
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Annotazioni: _____



Piano di Internal Audit 2019



00248

28 FEB. 2019

ASP Palermo
PIANO INTERNAL AUDIT 2019

verifica della corretta esecuzione delle seguenti procedure nelle strutture a fianco indicate:

n.	DELIBERA	ALLEGATO	PROCEDURA	UOC Provveditorato	UOC Bilancio e Programmazione	UOC Contabilità analitica e Patrimonio	UOC Logistica e Servizi Esternalizzati	Dip. Farmaceutico	UOC Programmazione e organizzazione delle attività di cure primarie
3	delibera n.793 del 30/11/2016	C	PROCEDURA AMMINISTRATIVA DI MONITORAGGIO DEL PROCESSO AUTORIZZATIVO PER LE IMMOBILIZZAZIONI Area PAC: D1.1, H2.2		2° sem. 2019	2° sem. 2019			
6	delibera n.793 del 30/11/2016	F	PROCEDURA AMMINISTRATIVA GESTIONE DEI BENI IN CONTO DEPOSITO Area PAC: E1.5, E2.1, E5.2					2° sem. 2019	
13	delibera n.793 del 30/11/2016	O	REGOLAMENTO AZIENDALE MODALITA' D'ACCESSO DI TERZI ALLE STRUTTURE DELLA ASP DI PALERMO E ORGANIZZAZIONE PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO DI PORTIERATO, GUARDIANIA E SORVEGLIANZA Area PAC: D3.1				2° sem. 2019		
22	delibera n.171 del 30/10/2017	9	PROCEDURA AMMINISTRATIVA PER L'APPROVVIGIONAMENTO DI BENI E SERVIZI Area PAC: I1.1	2° sem. 2019					
23	delibera n.171 del 30/10/2017	10	PROCEDURA AMMINISTRATIVA PER LA GESTIONE DEGLI ACQUISTI DI PRESTAZIONI SANITARIE DA PRIVATO Area PAC: I1.5						2° sem. 2019

Il Coordinatore del Gruppo di Lavoro "Internal Audit"
(D.ssa Mariagiuseppina Montagna)

Mariagiuseppina Montagna

Visto

Il Responsabile PAC
(Dr. Sergio Consagra)

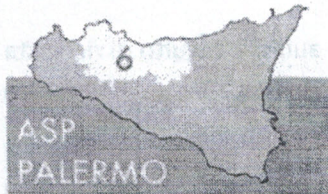


ALLEGATO ALLA DELIBERA

N. 00248 DEL.

P.C.C.
Il Direttore della UOC

Programmazione, Controllo di Gestione - SIS
(Dr.ssa Mariagiuseppina Montagna)



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Sede legale: Via G. Cusmano, 24 - 90141 PALERMO
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

UOC Programmazione controllo di gestione – sistema informativo e statistico

Via G. Cusmano, 24 - 90141 PALERMO
e-mail: mariagiuseppina.montagna@asppalermo.org
web: www.asppalermo.org

DATA 18/02/2019

PROT. N° 500

Rif. nota del
Prot in entrata n. del

Al Commissario Straordinario

e, p.c. Responsabile Progetto P.A.C.

Al Collegio Sindacale

LORO SEDI

OGGETTO : Nota Assessorato della Salute n.9795 del 04/02/2019 del 04/02/2019 ad oggetto: "Percorso attuativo di certificabilità (PAC). Piano Annuale Audit – anno 2019 e Piano Triennale Audit".
RELAZIONE.

1. Premessa

L'obbligo della certificabilità dei dati, come disposto dall'art.2 del Decreto Certificabilità (D.M. 17/09/2012), impone agli enti del SSR, in ottemperanza a quanto stabilito dall'art.1, comma 291, della legge n.266 del 23/12/2005, e dall'art.11 del Patto per la Salute 2010-2012, di garantire, sotto la responsabilità e il coordinamento della Regione, la certificabilità dei propri dati e dei propri bilanci.

A tal fine il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero della Economia e delle Finanze, ha adottato il D.M. 01/03/2013 recante "Definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità".

La Regione Siciliana con i Decreti dell'Assessore alla Salute n.2128 del 12/11/2013, n.402 del 10/03/2015 e n.1559 del 05/09/2016 ha provveduto all'adozione dei Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC) per gli enti del Servizio sanitario regionale.

L'Azienda ha avviato una intensa attività per supportare la realizzazione dei PAC. In particolare, sulla base della programmazione delle scadenze dell'Assessorato Regionale della Salute sono state predisposte e adottate, con deliberazioni n.793 del 30/11/2016 e n.171 del 30/10/2017, le procedure previste.

Come espressamente previsto dall'azione A.1.7. del PAC adottato dalla Regione Siciliana, gli Enti del SSR sono obbligati alla "Istituzione di una funzione d'internal audit indipendente ed obiettivo, finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione amministrativo-contabile aziendale".

Il controllo interno disposto dall'I.A., come precisato dall'Assessorato con nota prot. N. 65013 del 02/08/2016, ha la finalità di esaminare i processi amministrativo – contabili e gestionali, nonché di fornire un supporto alla Direzione Strategica per un costante miglioramento di gestione, e a tutti i componenti dell'organizzazione, per un corretto adempimento delle loro responsabilità.

mod. x DG_programmazione AUDIT 2019

97

Per quanto attiene la funzione di Internal Audit presso l'ASP di Palermo:

- con nota n.2855 del 09/08/2016 è stata designata per la funzione di internal audit, a seguito di richiesta da parte dell'Assessorato Regionale della Salute, la Dr.ssa Daniela Scimeca - Collaboratore Amministrativo Professionale (D);
- con nota n. 42587 del 27/09/2017 è stato istituito il gruppo di lavoro per il monitoraggio e verifica della azioni PAC, coordinato dal Dr. Antonio Guzzardi, Direttore della UOC Bilancio e programmazione, cessato dal servizio dal 29/12/2017;
- con deliberazione n. 324 del 22/12/2017, e nota n. n.24013 del 29/12/2017, è stato conferito l'incarico di Responsabile della UOS Audit (afferente alla UOC Programmazione, Controllo di Gestione – SIS), a decorrere dal 01/01/2018, alla Dr.ssa Maria Daniela Arcuri – Dirigente Medico OSSB;
- con nota n.3173 del 22/01/2018 sono state accolte le dimissioni della Dr.ssa Arcuri dall'incarico suddetto, disponendo, altresì, che il Direttore della UOC Programmazione, Controllo di Gestione – SIS, quale superiore gerarchico, assicuri lo svolgimento della funzione di internal audit;
- con nota n. ASP/8789/2018/U del 20/02/2018 è stato rimodulato il precedente gruppo di lavoro affidando il coordinamento al Direttore della UOC Programmazione, Controllo di Gestione – SIS, e ciò nelle more della nomina di altro Responsabile della UOS Audit e della piena implementazione della funzione di internal audit come esplicitato nella nota n.65013 del 02/08/2016 dell'Assessorato Regionale della Salute.

Quest'ultimo Gruppo di Lavoro (GdL IA) ha avuto il compito di:

- proporre il Piano di I.A. 2018 sulla base del metodo delineato dall'Assessorato della Salute con nota prot.n. 33198 del 19 aprile 2017 e nota n.45442 del 12/06/2018;
- provvedere alla verifica dello stato di attuazione delle procedure P.A.C. adottate con delibere n.793 del 30/11/2016 e n.171 del 30/10/2017
- predisporre il report finale di audit da sottoporre alla direzione aziendale.

Inoltre, con nota n.15866 del 04/04/2018, la Direzione Strategica ha istituito un tavolo misto ASP/Dedalus che possa disporre in maniera sinergica un percorso amministrativo-contabile che garantisca il pieno raggiungimento degli obiettivi aziendali e regionali correlati ai PAC. La Direzione ha anche trasmesso la nota n.19033 del 23/03/2018 cui è stato riscontrato con nota 10821 del 08/05/2018.

Il tavolo misto si è riunito in data 13/04/2018 e successivamente, in data 24/04/2018, la scrivente si è incontrata con i consulenti RTI Dedalus. Coerentemente con la linea di condotta stabilita nella riunione del 13/04/2018, i consulenti hanno ribadito la propria disponibilità per l'anno 2018 a supportare la scrivente negli audit interni (nella qualità di personale di supporto alla comprensione, ovvero rettifica, dei documenti procedurali e/o delle funzionalità del sistema operativo) e quindi sono state concordate le modalità di svolgimento e un calendario di esecuzione degli stessi.

Il Gruppo di Lavoro ha prodotto una RELAZIONE INTERNAL AUDIT intermedia al 30/06/2018 e una RELAZIONE INTERNAL AUDIT finale al 31/12/2018 (che si allega), trasmesse all'Assessorato della Salute rispettivamente con note n.1583 del 10/07/2018 e n.313 del 31/01/2019, unitamente alle relative griglie di rilevazione sullo stato di attuazione delle verifiche dell'internal audit richieste dal medesimo Assessorato con la citata nota n.45442 del 12/06/2018.

Nella Relazione finale 2018, in ultimo (pag.16), vengono evidenziate anche le criticità per la programmazione delle attività di internal audit 2019 e le problematiche aperte, con particolare riguardo alla configurazione e alle competenze del Gruppo di lavoro per l'attività di internal audit, di cui alla nota mod. x DG_programmazione AUDIT 2019

n.ASP/8789/2018/U del 20/02/2018, non rispondenti alle specifiche esplicitate dall'Assessorato con la citata nota prot. N. 65013 del 02/08/2016

Le suddette relazioni e griglie sono pubblicate sul sito internet aziendale alla sezione Amministrazione Trasparente / Bilanci / PAC.

2. Nota Assessorato della Salute n.9795 del 04/02/2019 del 04/02/2019 ad oggetto: "Percorso attuativo di certificabilità (PAC). Piano Annuale Audit – anno 2019 e Piano Triennale Audit".

Con nota n.9795 del 04/02/2019 (che si allega), ad oggetto "Percorso attuativo di certificabilità (PAC). Piano Annuale Audit – anno 2019 e Piano Triennale Audit", l'Assessorato Regionale alla Salute, a seguito dell'attività avviata nell'ambito delle verifiche sullo stato di attuazione delle procedure PAC, ha sostanzialmente:

- a) Evidenziato numerose criticità;
- b) Richiamato le competenze dell'Auditor;
- c) Richiesto i documenti di programmazione I.A.:
 - Relazione del risk assessment;
 - Piano annuale Audit – anno 2019 (da redigere entro il 28/02/2019);
 - Piano triennale Audit
 - Manuale di I.A.

In merito si relaziona quanto segue:

a) CRITICITA'

La nota assessoriale evidenzia alle Aziende Sanitarie della Regione numerose criticità che di fatto limitano il regolare esercizio dello svolgimento dei compiti dell'I.A..

Le criticità citate si riportano di seguito, con la rilevazione della situazione nell'ASP di Palermo (come sopra relazionato):

CRITICITA'	SITUAZIONE IN ASP PA
Soggetto incaricato dall'Azienda non dotato di adeguata competenza professionale in materia di Internal Audit;	VERO
Insufficiente dotazione di risorse professionali e strumentali a supporto dello svolgimento della funzione di I.A.:	VERO
Molteplicità di attività (carichi di lavoro) assegnate al soggetto incaricato di effettuare l'audit oltre a quelle già ascritte alla funzione di Internal Audit che non garantiscono un adeguato adempimento dei compiti;	VERO
Ritardo da parte dell'Azienda nell'individuare il soggetto cui affidare l'incarico di I.A. con conseguente vacanza della funzione;	NO Funzione individuata dal 09/08/2016
Ricorso a professionalità esterne, la cui durata dell'incarico non assicura la continuità nello svolgimento delle attività attribuite alla figura di I.A.;	NO Non si è ricorso a professionalità esterne
Eccessivo turn-over nella individuazione di soggetti incaricati per lo svolgimento della funzione di I.A.;	VERO
Insufficiente interazione dell'I.A. con gli altri Organismi dell'Azienda Sanitaria (OIV - Collegio Sindacale - Responsabili di strutture aziendali)	VERO

b) COMPETENZE DELL'AUDITOR

Inoltre, l'Assessorato, richiama l'attenzione dei destinatari alla Istituzione dell'I.A., agli obiettivi e alle finalità del PAC, nonché alle competenze dell'Auditor.

La configurazione e competenze del Gruppo di lavoro per l'attività di internal audit, di cui alla nota n.ASP/8789/2018/U del 20/02/2018, non è rispondente alle specifiche esplicitate dall'Assessorato con la citata nota prot. n.65013 del 02/08/2016.

Già nella RELAZIONE INTERNAL AUDIT finale 2018 è stata data evidenza al fatto che l'attuale configurazione e competenze del Gruppo di lavoro per l'attività di internal audit, nonché il mandato ricevuto con nota n.ASP/8789/2018/U del 20/02/2018, hanno limitato l'operatività dello stesso Gruppo sostanzialmente alle seguenti funzioni correlate alla verifica delle procedure PAC:

- Svolgere gli interventi di audit programmati;
- Redigere i rapporti di Audit;
- Proporre azioni e soluzioni migliorative.

Sono rimaste, invece, poco sviluppate o del tutto trascurate le seguenti funzioni che l'IA dovrebbe espletare:

- Adottare la metodologia di lavoro basata sull'analisi dei processi e dei rischi al fine di assistere la Direzione nella valutazione ed adeguatezza del sistema dei controlli interni, nella garanzia di applicazione dei requisiti minimi definiti dalle normative, nella verifica della conformità dei comportamenti alle procedure operative definite e nella identificazione e valutazione delle aree operative maggiormente esposte a rischio;
- Verificare le procedure di gestione e di controllo;
- Assicurare lo sviluppo di valori e principi etici all'interno dell'Azienda;
- Migliorare l'efficace gestione dell'organizzazione e l'accountability;
- Comunicare informazioni sui rischi e controlli ai responsabili interessati delle strutture interne;
- Coordinare le attività e il processo di scambio di informazioni su rischi e controlli tra la Direzione, gli Organismi di controllo Esterno e la Dirigenza;
- Aggiornare il modello di "Risk Assessment" sulla base degli esiti di audit.

Per quanto su esposto si ritiene che il Gruppo di Lavoro, per le competenze possedute, abbia esaurito il proprio compito e non possa garantire nel 2019 le ulteriori attività correlate alla funzione di internal audit.

Pertanto, per il 2019 risulta necessario che la Direzione strategica valuti ulteriori interventi volti a garantire che le azioni attese ed effettivamente espletate siano:

- sufficienti ed appropriate rispetto all'obiettivo della certificabilità e alle verifiche delle altre procedure aziendali di gestione e di controllo maggiormente esposte a rischio;
- implementate in modo sostanziale e effettivamente competente;

al fine di assicurare con la figura professionale dell'Internal Auditor il pieno supporto consultivo/propositivo sia alla Direzione dell'Azienda Sanitaria sia ai componenti di ogni singola struttura aziendale per il costante e progressivo miglioramento della gestione in termini di efficacia, efficienza ed economicità, nonché di consentire all'Azienda ASP di Palermo di potersi sottoporre in qualsiasi momento, con esito positivo, alle verifiche ed alle revisioni contabili previste dal D.M. del 17 settembre 2012.

Circa le competenze necessarie per svolgere la funzione appare opportuno evidenziare che gli standard Internazionali (n.1210 – Competenza) relativi alla professione di *Internal Auditor* prevedono che la figura sia

in possesso delle conoscenze, delle capacità e delle altre competenze necessarie all'esercizio delle proprie responsabilità (vedi standard allegati).

In difetto di tali competenze, il predetto standard internazionale prevede che il responsabile dell'*Internal Audit* debba dotarsi di opportuna assistenza e consulenza per lo svolgimento anche di una parte dell'attività. In generale, comunque, è atteso che il Responsabile della funzione I.A. conosca gli standard di *Internal Audit* ed abbia esperienza in termini di analisi/valutazione e revisione del Sistema di Controllo Interno.

Si ricorda che, con avviso pubblicato il 22/08/2016, l'ASP PA ha indetto la selezione interna per l'affidamento dell'incarico di Responsabile dell'UOS Audit (si allega elenco idonei). Con decorrenza 01/01/2018, detto incarico era stato affidato alla Dr.ssa Maria Daniela Arcuri, che ha rinunciato pochi giorni dopo e l'incarico rimane ad oggi vacante.

Alla luce di quanto sopra, si ritiene necessaria una riorganizzazione dell'audit interno, ovvero un supporto esterno qualificato o una esternalizzazione del servizio.

c) REDAZIONE DOCUMENTI DI PROGRAMMAZIONE AUDIT 2019

Per quanto attiene la redazione di: Relazione del risk assessment; Piano annuale Audit – anno 2019; Piano triennale Audit e Manuale di I.A., si fa presente che:

Relazione del risk assessment: *Relazione aggiornata sul processo sistematico di identificazione e valutazione dei rischi (strategici, di compliance, operativi, finanziari ..) svolto dall'I.A nella quale sono individuate le aree aziendali che sono maggiormente esposte al rischio.*

Per quanto detto sopra, considerato che nessuno dei componenti del Gruppo di Lavoro ha le competenze tecnico/professionali necessarie, detta Relazione non potrà essere redatta dall'attuale funzione di audit.

Infatti, l'utilizzo dello strumento metodologico per valutare il rischio (la c.d. matrice RACM – Risk Assessment Criteria Matrix - che permette di valutare il rischio in termini di probabilità e di impatto, con una valutazione quindi di tipo qualitativo) richiede adeguate competenze ed esperienza in materia di revisione contabile, indicatori di frode, sistemi di prevenzione della corruzione nei processi amministrativo-contabili, sistemi informativi aziendali amministrativo-contabili, che il Gruppo di Lavoro non possiede.

Piano annuale Audit - anno 2019 (da redigere entro il 28/02/2019) *nel quale sono definite le azioni e/o le procedure che saranno verificate nell'anno solare e ne individua anche i correlati centri di responsabilità. Il piano annuale dovrà essere adottato con delibera aziendale sulla base della proposta formulata dal responsabile della funzione di Audit e dal responsabile P.A.C., pubblicato sul sito Amministrazione Trasparente dell'Azienda.*

Per quanto detto sopra, nelle more della riorganizzazione dell'audit interno, stante la scadenza posta dall'Assessorato per l'adozione, la scrivente, raccordandosi con il responsabile P.A.C., potrà redigere e proporre alla S.V. un Piano Annuale di Audit 2019 limitatamente all'audit delle procedure/azioni P.A.C. che nell'anno 2018 sono risultate verificate "con riserva" (vedi allegato Relazione audit 2018 – pagg.14-15-16)).

Piano triennale Audit *nel quale è definito l'ordine, sulla base dei rischi prioritari, delle attività di audit da svolgersi in ciascuno degli anni del periodo di pianificazione. Lo stesso deve essere aggiornato annualmente sulla base degli esiti emersi dalle verifiche di audit svolte nell'anno precedente e dall'eventuale aggiornamento della valutazione dei rischi. Il citato piano dovrà essere adottato con delibera aziendale sulla base della proposta formulata dal responsabile della funzione di Audit e dal responsabile P.A.C. e pubblicato sul sito Amministrazione Trasparente dell'Azienda.*

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE
Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica
Servizio 2 Percorsi attuativi di certificabilità dei bilanci del SSR.

Prot. n° 9795 del 4 Febbraio 2019

OGGETTO: Percorso attuativo della certificabilità (P.A.C.). Piano annuale Audit- anno 2019
e Piano Triennale Audit.

Alle Direzioni Generali
degli Enti del S.S.R.

Alla Direzione Generale
dell'IRCCS Bonino Pulejo

→ Agli Internal Audit
delle Aziende del S.S.R.
e dell'IRCCS Bonino Pulejo

→ Ai Responsabili P.A.C.
delle Aziende del S.S.R.
e dell'IRCCS Bonino Pulejo

Al Responsabile della GSA
c/o Servizio 5 DPS

→ Al Collegi Sindacali
degli Enti del S.S.R.
e dell'IRCCS Bonino Pulejo

e.p.c.

Al Gruppo di Lavoro Regionale per
l'attività di Coordinamento sul P.A.C.
(D.D.G. n° 16882/18)

Alla Ragioneria Generale della Regione
Servizio 3 - Vigilanza - Dipartimento
Bilancio e Tesoro

All'Ufficio di Gabinetto
LORO SEDI

Con nota prot. 65013 del 02.08.2016, che integralmente si richiama, sono stati forniti chiarimenti sulla funzione svolta dall'Internal Audit. Dall'attività di monitoraggio già avviata da questo Dipartimento nell'ambito delle verifiche sullo stato di attuazione delle procedure PAC, sono emerse numerose criticità che di fatto limitano il regolare esercizio dello svolgimento dei compiti dell'I.A. all'interno dell'Azienda Sanitaria. In particolare, si riportano le principali problematiche emerse:

- soggetto incaricato dall'Azienda non dotato di adeguata competenza professionale in materia di Internal Audit;
- Insufficiente dotazione di risorse professionali e strumentali a supporto dello svolgimento della funzione di I.A.
- Molteplicità di attività (carichi di lavoro) assegnate al soggetto incaricato di effettuare l'audit oltre a quelle già ascritte alla funzione di Internal Audit che non garantiscono un adeguato adempimento dei compiti;
- Ritardo da parte dell'azienda nell'individuare il soggetto cui affidare l'incarico di I.A. con conseguente vacanza della funzione;
- Ricorso a professionalità esterne, la cui durata dell'incarico non assicura la continuità nello svolgimento delle attività attribuite alla figura di I.A.;
- Eccessivo turn-over nella individuazione di soggetti incaricati per lo svolgimento della funzione di I.A.;
- Insufficiente interazione dell'I.A. con gli altri Organismi dell'Azienda Sanitaria (O.I.V. - Collegio Sindacale - Responsabili di strutture aziendali).

Ciò premesso, si ritiene doveroso richiamare l'attenzione dei destinatari su quanto segue.

► Istituzione dell'I.A.

La figura dell'I.A. è espressamente prevista dall'Azione A.1.7 del P.A.C (Parcorso Attuativo di Certificabilità) adottato dalla Regione Siciliana con D.A 1559/2016 per il quale gli Enti del Servizio Sanitario della Regione sono obbligati alla: *"Istituzione di una funzione d'internal audit indipendente ed obiettiva, finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione amministrativo-contabile aziendale"*.

► Obiettivi del P.A.C.

L'attività del P.A.C è finalizzata al raggiungimento degli Obiettivi aziendali, quali l'attendibilità economico finanziaria, l'efficacia e l'efficienza della gestione nonché l'osservanza della normativa applicabile all'Ente Sanitario.

► Finalità del P.A.C.

Il P.A.C. concorre ad assicurare la salvaguardia del patrimonio aziendale nonché a garantire l'efficienza e l'efficacia dei processi aziendali e l'affidabilità delle informazioni da parte dei responsabili delle strutture operative ed infine il rispetto delle leggi e dei regolamenti interni aziendali.

► Competenze dell'Auditor

Pertanto, la funzione dell'I.A. deve essere assegnata ad un soggetto (Dirigente/funzionario) dotato di adeguate competenze professionali, strutturato in staff alla Direzione Generale alla quale riferisce solo a questa sull'esito della propria attività ed il quale svolge all'interno dell'Ente Sanitario, una attività *"indipendente"* ed *"obiettiva"* in ossequio agli standard internazionali *"The Institute of Internal Auditors"*.

In sintesi, il ruolo svolto dall'I.A. è di tipo consulativo/propositivo ed allo stesso è attribuito, non solo di migliorare le azioni e le attività ascritte al Percorso Attuativo di Certificabilità della Azienda Sanitaria, ma anche di svolgere le seguenti funzioni (cfr nota 65013 del 02.08.2016):

- *Mappatura e valutazione dei rischi e pianificazione degli audit;*

- Verifica delle procedure di gestione e di controllo;
- Assicurare lo sviluppo di valori e principi etici all'interno delle Aziende;
- Migliorare l'efficace gestione dell'organizzazione e l'accountability;
- Comunicare informazioni sui rischi e controlli ai responsabili interessati delle strutture interne;
- Coordinare le attività e il processo di scambio di informazioni su rischi e controlli tra la Direzione, gli Organismi di Controllo Esterno (Collegio Sindacale e OIV) e la Dirigenza.
- Aggiornare il modello di "Risk Assessment" sulla base degli esiti di audit;
- Svolgere gli interventi di audit programmati;
- Redigere i rapporti di Audit;
- Proporre azioni e soluzioni migliorative.

Di contro ai responsabili delle Unità competono le seguenti attività:

- Garantire il supporto professionale alle operazioni di controllo da parte degli Auditor;
- Assistere la Direzione nel consentire il regolare espletamento del sistema dei controlli;
- Coordinare la pianificazione dell'attività della Struttura;
- Assicurare il pieno svolgimento delle attività programmate all'interno del piano annuale di audit, al fine di garantirne l'esecuzione;
- Approvare i rapporti di audit.

Appare opportuno rilevare che il sistema di controllo interno e la gestione dei rischi devono essere strutturati per consentire l'identificazione, la misurazione, la gestione ed il monitoraggio dei rischi aziendali.

Pertanto il "sistema dei controlli" deve essere integrato nei più generali assetti organizzativi e di governo adottati dall'Azienda Sanitaria tenendo presente i modelli procedurali previsti dal Percorso Attuativo di Certificabilità e mira al raggiungimento degli Obiettivi aziendali quali l'attendibilità dell'informativa economico-finanziaria, l'efficacia e l'efficienza della gestione aziendale ed il rispetto della normativa di settore.

La realizzazione degli obiettivi prefissati dall'Ente Sanitario, attraverso il corretto utilizzo delle procedure P.A.C, è subordinata ad una preliminare valutazione del "rischio" aziendale.

Per quanto sopra esposto, le Aziende Sanitarie devono inoltrare a questo Dipartimento la documentazione appresso indicata:

- Relazione del risk assessment - Relazione aggiornata sul processo sistematico di identificazione e valutazione dei rischi (strategici, di compliance, operativi, finanziari ...) svolto dall'I.A. nella quale sono individuate le aree aziendali che sono maggiormente esposte al rischio;
- Piano annuale Audit - anno 2019 (da redigere entro il 28/02/2019) nel quale sono definite le azioni e/o le procedure che saranno verificate nell'anno solare e ne individua anche i correlati centri di responsabilità. Il piano annuale dovrà essere adottato con delibera aziendale sulla base della proposta formulata dal responsabile della funzione di Audit e dal responsabile P.A.C, pubblicato sul sito Amministrazione Trasparente dell'Azienda e dovrà contenere:
 - Azione/Procedura oggetto di audit;
 - Struttura aziendale auditata;
 - Obiettivo dell'intervento;
 - Ambito dell'Audit;
 - Crono programma delle attività da svolgersi nell'anno solare.

Le eventuali modifiche al piano apportate in corso anno dovranno essere sottoposte ad approvazione con le stesse modalità previste per l'approvazione del piano annuale.

Il piano annuale Audit deve essere comunicato ai responsabili delle strutture aziendali compreso O.I.V e Responsabile Anticorruzione e Collegio Sindacale.

- Piano triennale Audit - nel quale è definito l'ordine, sulla base dei rischi prioritari delle attività di audit da svolgersi in ciascuno degli anni del periodo di pianificazione. Lo stesso deve essere aggiornato annualmente sulla base degli esiti emersi dalle verifiche di audit svolte nell'anno precedente e dall'eventuale aggiornamento della valutazione dei rischi. Il citato piano dovrà essere adottato con delibera aziendale sulla base della proposta formulata dal responsabile della funzione di Audit e dal responsabile P.A.C e pubblicato sul sito Amministrazione Trasparente dell'Azienda.

La presente nota è inoltrata anche ai singoli Collegi Sindacali delle Aziende Sanitarie (Individuate dall'art. 19, comma 2 lettere a) e c) del D.Lgs. n° 118 del 23 giugno 2011) i quali nell'ambito della propria autonomia, sono tenuti, in ossequio ai compiti previsti dall'art. 3 ter del D.Lgs 502/1992 ad accertare l'assetto organizzativo, amministrativo e contabile dell'azienda (cfr MBF circolare n° 35 del 13.12.2018).

Nello specifico la vigilanza sulla regolarità amministrativo contabile iscritta al Collegio Sindacale si esplica non soltanto attraverso il controllo della regolare tenuta dei libri e delle scritture ma anche sull'affidabilità, completezza e correttezza delle procedure aziendali tra le quali rientra il P.A.C.

Pertanto, si invitano i destinatari della presente, ciascuno nell'ambito delle rispettive competenze, ad una puntuale osservanza di quanto sopra richiesto, tenuto conto che la corretta misura delle procedure P.A.C e la correlata attività di controllo da parte dell'I.A mira a fornire alla Direzione Aziendale ed agli Organi Esterni di disporre di dati "di qualità" i cui riflessi incidono sul bilancio di esercizio e sulla Governance dell'Ente.

La documentazione sopra indicata, unitamente al manuale di I.A redatto ed approvato dall'Azienda, dovranno essere trasmessi per posta elettronica certificata all'indirizzo: dipartimento.pianificazione.strategica@cert.maf.regione.sicilia.it.

Il Funzionario Direttivo
Dott. Giovanni Scoma

Il Dirigente del Servizio 2
Dott. Marcello Castano



Il Dirigente Generale
Mario La Rocca

Mario La Rocca

Il Rappresentante Amministrativo P.A.C. App. General Audit
U

Ufficio Provinciale di Assistenza
Via G. Cesare, 10 - 90133 Catania
Ufficio Protocollo - Catania
28 MAR. 2019
Prot. ASP 13258/2019

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE

Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica

Servizio 2 Controllo bilanci degli Enti del S.S.R. Percorsi Attuativi di Certificabilità dei Bilanci

Prot. n° 25763

del 25 MARZO 2019

**OGGETTO: Monitoraggio Verifiche Audit- Procedure aziendali P.A.C- anno 2018.
Convocazione.**

Agli Internal Audit
delle Aziende del S.S.R.
dell'IRCCS Bonino Pulejo

Ai Responsabili P.A.C.
delle Aziende del S.S.R.
dell'IRCCS Bonino Pulejo

Ai Collegi Sindacali
degli Enti del S.S.R.
dell'IRCCS Bonino Pulejo

e.p.c

Alle Direzioni Generali
degli Enti del S.S.R.

Alla Direzione Generale
dell'IRCCS Bonino Pulejo

Al Gruppo di Lavoro Regionale per
l'attività di coordinamento sul P.A.C.
LORO SEDI

Nell'ambito dell'attività di monitoraggio del P.A.C ed a seguito delle risultanze emerse dai reports relativi al 2° semestre 2018, oggetto di richiesta con nota prot. 45442 del 12.06.2018 e prot. 4923 del 21.01.2019, le SS.LL. sono convocate presso la sede del Dipartimento Pianificazione Strategica come da calendario allegato alla presente.

E' richiesta la presenza di almeno un componente del Collegio Sindacale.

Il Funzionario Direttivo
Dott. Giovanni Scoma

Il Dirigente del Servizio 2
Dott. Marcello Cascino

Dirigente Generale
Dott. Mario La Rocca
Mario La Rocca



**CALENDARIO INCONTRI - I.A.
VERIFICHE 2^ SEMESTRE 2018**

Enti Sanitari	calendario Incontri I.A.	
	Giorno	ora
ASP AGRIGENTO	03/04/2019	10,30
ASP CALTANISSETTA	03/04/2019	12,00
ASP CATANIA	03/04/2019	13,00
ARNAS CIVICO	03/04/2019	13,00
ASP ENNA	05/04/2019	12,00
ASP MESSINA	05/04/2019	11,00
ASP TRAPANI	05/04/2019	10,00
ASP PALERMO	03/04/2019	15,00
A.O. OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA CERVELLO	09/04/2019	9,30
A.O. PAPARDO	09/04/2019	10,30
ASP RAGUSA	09/04/2019	12,00
ASP SIRACUSA	09/04/2019	13,30
IRCCS BONINO PULEJO	12/04/2019	11,00
A.O.U. G MARTINO	12/04/2019	12,00
A.O.U. V. EMANUELE	17/04/2019	11,00
ARNAS GARIBALDI	17/04/2019	12,00
A.O. CANNIZZARO	17/04/2019	13,30
A.O.U. P. GIACCONE	17/04/2019	15,00

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana

ASSESSORATO DELLA SALUTE

Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica

Servizio 2 Controllo bilanci degli Enti del S.S.R. Percorsi Attuativi di Certificabilità dei Bilanci

Verbale di Monitoraggio Verifiche Audit procedure aziendali P.A.C – 2 ^ semestre 2018
(Nota prot. 25763 del 25 marzo 2019)

L'anno 2019, il giorno tre del mese di aprile presso la sede del Dipartimento Pianificazione Strategica dell'Assessorato alla Salute della Regione Siciliana, è stato convocato il Responsabile del P.A.C, l'Internal Audit ed il Collegio Sindacale **dell'Azienda Sanitaria Palermo** per procedere alla disamina delle risultanze delle verifiche di Audit aggiornate al **31 dicembre 2018**, oggetto di richiesta da parte del Servizio 2, con note prot. n° 45442 del 12.06.2018 e prot. 4923 del 21.01.2019.

Sono presenti:

per l'Assessorato alla Salute

Dott. Marcello Cascino - Dirigente del servizio 2 DPS

Dott. Giovanni Scoma - Funzionario Direttivo - Servizio 2 DPS

Per l'Azienda Sanitaria

- Dott.ssa Maria Giuseppina Montagna – Internal Audit
- Dott. Sergio Consagra – Referente P.A.C.
- Dott. Leonardo Salvaggio – Controllo di Gestione

Per il Collegio Sindacale

- Rag. Salvatore Cottone – Presidente
- Dott. Edmondo Sanfilippo – Componente
- Dottsa Antonina Cricchio - Componente

Nell'ambito del monitoraggio svolto dal Servizio 2 del DPS, si procede in continuità con l'attività già avviata per il 1^ semestre 2018, in presenza del personale sopra indicato, a riscontrare il report di audit e formulare le osservazioni di ufficio sulle risultanze delle verifiche effettuate dall'I.A. al 31 dicembre 2018 e meglio evidenziate nella griglia (Allegato 1).

La situazione rilevata dall'Azienda al 31.12.2018 è indicata dall'I.A a pagina 11 della relazione.

In particolare si osserva:

Sono state indicate le strutture auditate ma non quelle complessivamente da auditare per singola area PAC;

Area Immobilizzazioni

- D1-4 "Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte a riscontrare la procedura con predisposizione di relativo report delle risultanze delle verifiche". Nell'UOC Bilancio e Programmazione e UOC Contabilità Analitica e Patrimonio la verifica è risultata parzialmente positiva in quanto non è stato completato l'allineamento del libro dei cespiti. In ragione dell'esito della verifica e dell'impatto sul bilancio di esercizio, si chiede di acquisire l'aggiornato dell'audit entro la data utile per la definizione del bilancio consuntivo 2018.
- D2-5 "Adeguamento del libro dei cespiti alle risultanze degli inventari periodici..". La riserva indicata dall'IA (cfr pag 13 relazione IA) risulta in contrasto con il report finale aggiornato al 31.12.2018 che riporta una verifica con esito positivo. Richiedere una specifica sul significato della "mancata messa in esercizio del libro cespiti".
- D3-3 "Verifica di idoneità delle misure per il controllo del movimento delle persone e dei beni all'entrata ed all'uscita dei locali ..". Non vengono indicate le misure correttive e persistono le criticità già evidenziate in sede di report al 30.06.2018;

Area Rimanenze

- E1.5 – E2.1 e E5.2. Persistono le riserve sugli audit effettuati al Dipartimento Farmaceutico in ordine alla mancata funzionalità dei "conti deposito" dovute alla procedura informatica non ancora implementata/ settata. La procedura sebbene venga attuata in maniera cartacea deve essere informatizzata al fine di allineare, le risultanze con i conti d'ordine. La misura correttiva deve essere definita con una tempistica certa, stante il ritardo nell'esecuzione della stessa il cui termine da D.A. 1559/16 era stato fissato al 30.11.2016.

Area Debiti e Costi

- II. L'esito dell'attività di Audit ha evidenziato una verifica negativa nell'UOC "Programmazione e Organizzazione dell'Attività di Cura Primaria" dovuta alla mancata applicazione della procedura. Non è stata indicata alcuna tempistica nel follow-up dell'attività.

Prescrizioni:

- Monitorare la corretta applicazione delle procedure per le *casse ticket*

Si conviene che l'Azienda Sanitaria fornisca idoneo e dettagliato riscontro contestualmente all'esito delle verifiche programmate nel 1° semestre 2019 ed alle prescrizioni richieste entro la data del **05 luglio 2019**.

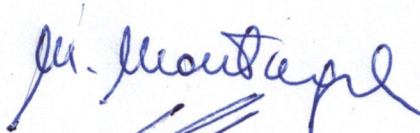
In ultimo, si raccomanda, conformemente a quanto già rilevato in sede di esame del 1° report al 30.6.2018, che tutti i rapporti delle verifiche di Audit, (con esplicitati le NON CONFORMITA' / RACCOMANDAZIONI) nonché il follow-up con le azioni correttive da parte

della struttura editata siano, unitamente alla documentazione a corredo oggetto dell'Audit, opportunamente archiviati e resi disponibili a richiesta dell'Amministrazione Regionale

Letto confermato e sottoscritto

L'Azienda Sanitaria

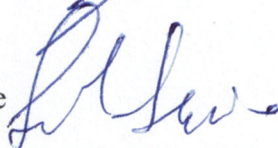
- Dott.ssa Maria Giuseppina Montagna – Internal Audit



- Dott. Sergio Consagra – Referente P.A.C.

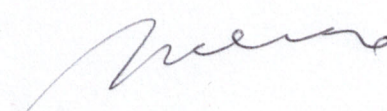


- Dott. Leonardo Salvaggio – Controllo di Gestione

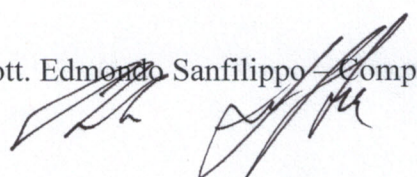


Collegio Sindacale

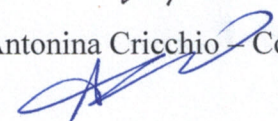
- Rag. Salvatore Cottone – Presidente



- Dott. Edmondo Sanfilippo – Componente



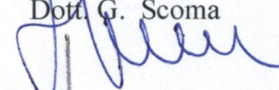
- Dottsa Antonina Cricchio – Componente



Servizio 2 DPS

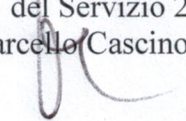
Il Funzionario Direttivo

Dott. G. Scoma



Il Dirigente del Servizio 2

Dott. Marcello Cascino



ASP PALERMO - ESITO DELLE VERIFICHE DI INTERNAL AUDIT AL 31/12/2018

Area	Azione	Descrizione	D- Livello di rischio percepito	E- Esito verifiche I.A al 31/12/18			F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit	G Misure correttive da intraprendere con indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità.
				Positivo	Negativo	Con riserva		
AREA GENERALE								
A1	A1.8	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto A1.1 "Redazione di una procedura interna (con ruoli, responsabilità e descrizione del flusso operativo) per la raccolta, archiviazione e condivisione di leggi e regolamenti in ambito legale, amministrativo e gestionale delle aziende sanitarie, che abbiano impatto in bilancio"	basso	X				
A2	A2.5	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti A2.1 "Redazione di un sistema di programmazione e controllo della gestione, che disciplini in particolare la definizione degli obiettivi strategici ed operativi aziendali con le relative responsabilità e tempistiche, la predisposizione dei bilanci di previsione e pluriennali ed i relativi budget aziendali e di settore da assegnare ai rispettivi centri di responsabilità "	basso	X				
		e A2.4 " Adozione di un modello di reporting al fine di consentire ai rispettivi responsabili, mediante la determinazione e l'utilizzo dei dati gestionali per area di responsabilità, di accertare se i risultati ottenuti sono in linea con gli obiettivi di gestione "	basso	X				
A3	A3.4	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto A3.3 "Implementazione di un sistema informativo per rilevazione, elaborazione e rappresentazione dei dati contabili che risulti adeguatamente integrato con tutte le funzioni aziendali e con chiare e definite linee di responsabilità, atto a tracciare le varie fasi del processo autorizzatorio con adeguati blocchi/limiti all'operatività del singolo "	basso	X				
A4	A4.8	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto A4.6 con predisposizione della reportistica correlata. "Adozione di adeguate procedure di raccordo della contabilità analitica con il sistema della contabilità generale "	basso	X				
A5	A5.4	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto A5.1 "Definizione di una procedura di raccolta e condivisione tra i soggetti interessati dei rilievi/suggerimenti da parte della Regione, del Collegio Sindacale e della funzione di Internal Audit, in merito a: amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico; vigilanza sull'osservanza della legge; regolare tenuta della contabilità".	basso	X				
AREA IMMOBILIZZAZIONI								
D1	D1.4	Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte a riscontrare l'applicazione della procedura con predisposizione di relativo report delle risultanze delle verifiche.	medio		X		UOC Provveditorato: verifica positiva. UOC Bilancio e Programmazione . UOC Contabilità analitica e Patrimonio. Verifica parzialmente positiva Non è stato completato l'allineamento del libro dei cespiti .	Riserva da rivedere nel 2019
D2	D2.4	Programmazione e realizzazione d'inventari fisici periodici, con cadenza almeno annuale e su un campione qualificato (in termini di rilevanza economica, rischio danneggiamento e usura, rischio furti) dei cespiti aziendali, sulla base della procedura di cui al punto D2.1.(Definizione di una procedura per la realizzazione di inventari fisici periodici che definisca: tempi, modi e responsabilità)	medio	X				
	D2.5	Adeguamento del libro cespiti alle risultanze degli inventari periodici.	medio	X				
D3	D3.3	Verifica d'idoneità delle misure per il controllo del movimento delle persone e dei beni, all'entrata e all'uscita dei locali dei beni.	medio		X		UOC. Logistica e Servizi externalizzati: Verifica parzialmente positiva, Carezza di portieri. Non sono arrivate le relazioni semestrali dellr macro strutture. Da implementare il sistema elettronico di registrazione degli accessi.	Follow-up effettuato 27/1/2018 Riserva da rivedere nel 2019. (Non sono dettagliate le misure correttive e persistono le criticità già evidenziate in sede di report al 30/06/2018)
	D3.4	Verifica di congruità delle eventuali polizze di assicurazione obbligatorie a copertura dei rischi a cui i cespiti sono soggetti che tengano conto del valore corrente degli stessi.	basso	X				
	D3.5	Verifica di congruità delle misure per monitorare e preservare lo stato dei beni soggetti a deterioramento fisico.	basso	X				

ASP PALERMO - ESITO DELLE VERIFICHE DI INTERNAL AUDIT AL 31/12/2018

Area	Azione	Descrizione	D- livello di rischio percepito	E- Esito verifiche I.A al 31/12/18			F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit	G Misure correttive da intraprendere con indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità.
				Positivo	Negativo	Con riserva		
D4	D4.7	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti D4.1 "Definizione di un processo operativo finalizzato alla stesura di un piano degli investimenti con identificazione del budget per ogni intervento programmato).	basso	X				
		Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti D4.3 "Predisposizione di una procedura formalizzata di controllo del budget stabilito nel piano degli investimenti".	basso	X				
D5	D5.4	Monitoraggio periodico della corretta individuazione e relativa contabilizzazione dei cespiti acquisiti in base alle diverse tipologie di acquisto.	medio	X				
D6	D6.4	Attivazione di un sistema di verifiche periodiche (anche su base campionaria), delle spese di manutenzione al fine di accertarne la corretta rilevazione in contabilità (analisi fatture, contratti, ordini).	medio	X				
D7	D7.5	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto D7.2 "Predisposizione di una procedura di controllo che, almeno su base annuale, preveda la quadratura dei valori di costo e del relativo fondo ammortamento tra schede extracontabili, le risultanze del libro cespiti e i saldi co.ge. di riferimento.	medio	X				
AREA RIMANENZE								
E1	E1.9	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita ai punti E1.1 "Definizione di procedure per inventari fisici periodici (almeno annuali), con chiara evidenza di tempi, azioni, ruoli e responsabilità, differenziate per i magazzini farmaceutici centrali e/o periferici e/o presso i reparti e/o economici. La procedura deve prevedere tra l'altro che: a) l'inventario fisico venga effettuato da persone indipendenti da quelle che sovrintendono alla custodia delle giacenze e che detengono la contabilità di magazzino; b) siano definiti i metodi per la rilevazione delle quantità inventariate (ex conteggi, pesature ecc...); c) sia definito il trattamento delle merci a lento rigiro, obsolete e scadute d) ogni rettifica da apportare ai saldi contabili sia preventivamente autorizzata; e) il dato contabile venga allineato alle risultanze dell'inventario	medio	X				
		e E1.5 "Predisposizione di procedure specifiche per la gestione dei conti deposito (es protesi, materiali monouso)."	alto		X		Dip. Farmaceutico: PROCEDURA AMMINISTRATIVA GESTIONE DEI BENI IN CONTO DEPOSITO Area PAC: E1.5, E2.1, E5.2: Sul programma informatico C4H la funzionalità "conto deposito" non è ancora stata implementata/settata. La procedura viene eseguita in cartaceo. UOC Provveditorato: verifica positiva *	Riserva da rivedere nel 2019
E2	E2.6	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto E2.1 "Predisposizione di una procedura relativa a carichi e scarichi da magazzino, in cui sia prevista tra l'altro: a) apposita documentazione interna (con buoni prenumerati) ed apposite autorizzazioni per tutti i carichi a magazzino per materiali di acquisto e per i resi a fornitori; b) i controlli da porre in essere per garantire la completa e tempestiva registrazione di tali documenti nel sistema di gestione del magazzino; c) che i prelievi, i trasferimenti e i resi vengano effettuati con documenti interni prenumerati o numerati sequenzialmente; d) che le autorizzazioni di tali movimenti siano emesse da persone indipendenti rispetto a chi gestisce i magazzini o tiene la contabilità di magazzino.	medio		X		Dip. Farmaceutico: PROCEDURA AMMINISTRATIVA GESTIONE DEI BENI IN CONTO DEPOSITO Area PAC: E1.5, E2.1, E5.2: Sul programma informatico C4H la funzionalità "conto deposito" non è ancora stata implementata/settata. La procedura viene eseguita in cartaceo. UOC Provveditorato: verifica positiva	Riserva da rivedere nel 2019
		Verifica della corretta esecuzione della procedura definita ai punti E3.1 "Implementazione di sistemi integrati tra contabilità generale e contabilità sezionale di magazzino che garantiscano un immediato raffronto e una rilevazione congiunta in Co.Ge (fatture da ricevere e fatturazione attiva) ed in contabilità di magazzino (carichi, scarichi)"	basso	X				
		Verifica della corretta esecuzione della procedura definita ai punti E3.2 "Laddove i sistemi di contabilità generale e contabilità di magazzino risultino diversi e non integrati, adottare un sistema di raccordo tra i dati contabili e gestionali al fine di garantire che la variazione delle rimanenze da dati gestionali corrisponda alla variazione delle rimanenze da dati contabili (CE)"						n.a

Handwritten signatures and initials in blue ink on the right margin of the page.

ASP PALERMO - ESITO DELLE VERIFICHE DI INTERNAL AUDIT AL 31/12/2018

Area	Azione	Descrizione	D- Livello di rischio percepito	E- Esito verifiche I.A al 31/12/18			F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit	G Misure correttive da intraprendere con indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità.
				Positivo	Negativo	Con riserva		
E3	E3.7	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita ai punti E3.3 "Formalizzazione di regole per assicurare comunque il corretto raccordo tra contabilità generale e contabilità sezionale di magazzino attraverso la manutenzione e l'aggiornamento della tabella di raccordo tra anagrafiche di magazzino e conti di co.ge. sulla base di criteri condivisi tra i servizi coinvolti"	basso	X				
		Verifica della corretta esecuzione della procedura definita ai punti E3.5 "In caso di produzione interna di prodotti finiti (ad esempio UFA, produzione di radiofarmaco) prevedere procedure di allocazione dei costi e riconciliazione tra i prelievi di materie prime ed i carichi di semilavorati e/o prodotti finiti"					n.a	
		e E3.6 "Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto completo e tempestivo raggiungimento dell'Obiettivo."	basso	X				
E4	E4.3	"Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto completo e tempestivo raggiungimento dell'Obiettivo."	basso	X				
E5		Verifica della corretta esecuzione delle procedure definite ai punti E5.1 "Attivazione di un sistema di monitoraggio trimestrale del turn over delle scorte di magazzino, delle merci obsolete e scadute"					Audit non effettuato per mancanza di procedure	
	E5.4	e E5.2 "Implementazione di procedure e programmi di approvvigionamento che tengano conto del turn over dei beni e delle obsolescenze"	alto			X	Dip. Farmaceutico: PROCEDURA AMMINISTRATIVA GESTIONE DEI BENI IN CONTO DEPOSITO Area PAC: E1.5, E2.1, E5.2: Sul programma informatico C4H la funzionalità "conto deposito" non è ancora stata implementata/settata. La procedura viene eseguita in cartaceo. UOC Provveditorato: verifica positiva	Riserva da rivedere nel 2019 (Indicare una tempistica certa e verificare la piena attenzione della criticità segnalata all'azione)
		e E5.3 Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto completo e tempestivo raggiungimento dell'Obiettivo."	basso	X				
E7	E7.1	"Adozione di un funzionigramma (aggiornato ad ogni variazione della pianta organica) in cui siano chiaramente indicati : nominativo, ruoli e responsabilità attività di: verifica merci, ricevute e quantità ordinate..."	basso	X				
AREA CREDITI E RICAVI								
F1		Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti F1.2 " definizione di una procedura di contabilità per commessa per la gestione dei contributi vincolati e finalizzati con evidenziazione delle somme assegnate, erogate, utilizzate e non utilizzate e per la rendicontazione dei costi corredati	medio	X				
		Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti F1.4 " Adozione di un regolamento aziendale per la gestione dell'attività di libera professione nella quale sia anche definita il processo di allocazione dei costi comuni alle attività intrinseche e le autorizzazioni necessarie per espletare tale attività	basso	X				
	F1.11	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto F1.6 " Adozione di una procedura di verifica dei ricavi da compartecipazione alla spesa sanitaria ticket che consenta di accertare la corrispondenza tra : visite prenotate a sistema, prestazioni erogate, impegnative ed incassi ricevuti.	alto	X				
		Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto F1.8 " Adozione di una procedura derogazioni ed eventuale fatturazione dei ricavi per servizi resi a pagamento che preveda almeno: a) individuazione dei dipartimenti e uffici.; b) la mappatura ed analisi delle attività erogate a pagamento; c) la verifica delle fatturazioni attive rispetto alle prestazioni erogate; d) l'implementazione di un sistema di contabilità separata per la rilevazione delle attività commerciali.	medio	X				
F2	F2.3	"Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto completo e tempestivo raggiungimento dell'Obiettivo."	basso	X				
F3	F3.3	"Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto completo e tempestivo raggiungimento dell'Obiettivo."	basso	X				
		Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti precedenti F4.1 " predisposizione di una procedura che preveda appropriati controlli atti a garantire la correttezza forma e sostanziale delle operazioni che originano il credito.."	medio	X				

ASP PALERMO - ESITO DELLE VERIFICHE DI INTERNAL AUDIT AL 31/12/2018

Area	Azione	Descrizione	D- Livello di rischio percepito	E- Esito verifiche I.A al 31/12/18			F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit	G Misure correttive da intraprendere con indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità.
				Positivo	Negativo	Con riserva		
F4	F4.7	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti precedenti F4.2 " Applicazione di una procedura che preveda appropriati controlli atti a garantire la correttezza formale e sostanziale delle operazioni che originano il credito"	medio	X				
	F4.7	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti precedenti F4.3 Applicazione di una procedura di archiviazione dei documenti contabili originali che consenta una immediata e puntuale correlazione con le scritture in CO.GE ed individuazione del documento.	medio	X				
	F4.7	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti precedenti F4.4 " Applicazione della procedura atta a garantire che tutte le prestazioni soggette a fatturazione vengano fatturate in modo tempestivo ed accurato nonche registrate nei conti di CO.GE..."	medio	X				
F5	F5.4	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto F5.1" Definizione ed adozione di una procedura periodica (almeno annuale) e documentata per l'attività di analisi dell'esistenza e valutazione del rischio di esigibilità dei crediti e per la stima accantonamenti al f.do svalutazione crediti.	medio	X				
F6	F6.1	Attivazione di un sistema di monitoraggio periodico per la rilevazione della competenza di periodo delle operazioni che hanno generato crediti e ricavi effettuando test cut- off.	basso	X				
	F6.2	Attivazione di un sistema di monitoraggio periodico dei contributi vincolati e finalizzati con evidenziazione delle somme assegnate erogate, utilizzate e non utilizzate e previsione di un sistema gestionale per la rendicontazione dei costi correlati.	basso	X				
AREA DISPONIBILITA' LIQUIDE								
G1	G1.5	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto G1.2 " predisposizione di una procedura formalizzata per la gestione delle casse economali e delle casse prestazioni"	medio	X				
G2	G2.2	Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto completo e tempestivo raggiungimento dell'Obiettivo.	basso	X				
G3	G3.2	Acquisizione delle risultanze emerse dai controlli trimestrali (obbligatori) condotti dal Collegio Sindacale	alto	X				
G4	G4.4	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto G4.1 " Definizione di una procedura formalizzata che garantisca che ogni operazione di cassa e di banca sia accompagnata e comprovata da appositi documenti e che tali documenti siano controllati ed approvati prlma della loro rilevazione	medio	X				
G5	G5.5	Verifiche periodiche volte a riscontrare la corretta applicazione delle procedure adottate sulle operazioni di tesoreria con predisposizione di relativo report sugli stati di concordanza tra le risultanze contabili dell'azienda e quelle delle banche.	medio	X				
AREA PATRIMONIO								
H1	H1.3	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto H1.1 "Predisposizione di una procedura che preveda un'autorizzazione, formale e preliminare, in caso di operazioni che hanno impatto sul patrimonio netto..... "	medio	X				
H2	H2.4	Individuazione dell'unità responsabile e delle azioni di controllo da espletare per garantire il corretto completo e tempestivo raggiungimento dell'Obiettivo.	basso	X				
H3	H3.4	Verifica della corretta esecuzione della procedura definita al punto H3.2 "Adozione di una procedura di archiviazione dei documenti contabili originali (da cui hanno avuto origine le transazioni) che consenta una immediata e puntuale correlazione con le scritture in Co.Ge ed individuazione del documento"	basso	X				
H4	H4.3	Attivazione di un sistema di monitoraggio periodico della riconciliazione sistematica tra conferimenti, donazioni e lasciti vincolati a investimenti ed i correlati cespiti capitalizzati, nonché tra ammortamenti e sterilizzazioni che ne discendono.	medio	X				
AREA DEBITI E COSTI								

ASP PALERMO - ESITO DELLE VERIFICHE DI INTERNAL AUDIT AL 31/12/2018

Area	Azione	Descrizione	D- Livello di rischio percepito	E- Esito verifiche I.A al 31/12/18			F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit	G Misure correttive da intraprendere con indicazione della tempistica proposta per il superamento delle criticità.
				Positivo	Negativo	Con riserva		
11	11.7	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto 11.5 "Acquisto prestazioni sanitarie da privato. Definizione di una procedura formalizzata ai fini della remunerazione delle prestazioni nella quale siano previsti i punti a), b) c) .."	alto			X	Procedura applicata da tutte le UOC interessate (esito verifica positivo) con esclusione della UOC Programmazione e organizzazione delle attività di cure primarie: verifica negativa (procedura non applicata)	Non sono indicate le misure correttive a loro tempistica
13	13.6	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti 13.2 "Adozione di una procedura che consenta di evidenziare e di ripercorrere i controlli svolti.."	medio	X				
		Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti 13.4 "Adozione di una procedura per la gestione dei pagamenti che preveda tra l'altro: a) b) c)...."	medio	X				
14	14.6	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti 14.1 " predisposizione di una procedura che disciplini e renda documentabili per ciascuna tipologia di debiti le modalità di determinazione delle stime dei costi per fatture da ricevere"	medio	X				
		Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti 14.5 "Attivazione di una procedura che consenta una immediata rilevazione in CO.GE delle carte contabili trasmesse dal tesoriere o da fonti di pagamenti effettuati a seguito di ordinanze di assegnazione giudiziarie"	basso	X				
15	15.8	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti 15.1 "Definizione di una procedura relativa al ciclo personale che disciplini i punti di controllo interno inerenti la gestione giuridica, il trattamento economico e la gestione delle presenze del personale dipendente".	medio	X				
		Verifica di corretta esecuzione della procedura definita ai punti 15.5 "Gestione di altre tipologie di rapporti di lavoro assimilati al dipendente e dei medici della medicina convenzionata di base, secondo la regolazione giuslavorista e previdenziale. Definizione di procedure atte a rilevare e regolamentare tali tipologie di rapporti di lavoro assimilato a dipendente e convenzionato ed a verificare la corretta registrazione contabile secondo competenza economica".	medio	X				
16	16.3	Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte a riscontrare la corretta applicazione della procedura.	medio	X				
17	17.3	Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte a riscontrare la corrispondenza partitari fornitori e contabilità generale.	basso	X				
18	18.5	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto 18.3 "predisposizione di una procedura di controllo ed analisi comparativa della spesa nel tempo e nello spazio con individuazione di un set di indicatori di riferimento".	basso	X				

Handwritten signatures and initials in blue ink on the right side of the page.

REGIONE SICILIANA
 UFFICIO REGIONALE UOCIALI PALERMO
 18 GIU. 2019
 Protocollo n. 2421/US

REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
PALERMO
DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE

Deliberazione n° 00209

del 20 GIU. 2019

OGGETTO: Modifica e integrazione Piano Internal Audit 2019 dell'ASP di Palermo approvato con deliberazione n. n.248 del 28/02/2019.

STRUTTURA PROPONENTE
 UOC PROGRAMMAZIONE CONTROLLO DI GESTIONE - SISTEMA INFORMATIVO E STATISTICO

Proposta n. 4 del 17/06/2019

Quadro Economico Patrimoniale - Bilancio 2019

N. Centro di Costo _____

N° Conto Economico _____

Ordine n° _____ del _____

Tetto spesa/Budget assegnato € _____

Budget già utilizzato/impegnato € _____

Budget presente atto € _____

Disponibilità residua di budget € _____

Budget pluriennale _____

Anno _____ Euro _____

Anno _____ Euro _____

Non comporta ordine di spesa

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

M. Montagna

IL DIRETTORE DELLA UOC
 (Dr.ssa Mariagiuseppina Montagna)

M. Montagna

DIPARTIMENTO
 RISORSE ECONOMICO-FINANZIARIE, PATRIMONIALE, PROVVEDITORATO E TECNICO

ANNOTAZIONE CONTABILE - BILANCIO
 Esercizio 2019

N° Conto economico _____

N° Conto Patrimoniale _____

Importo € _____

Budget pluriennale _____

Anno _____ Euro _____

Anno _____ Euro _____

Il Direttore f.f. UOC Bilancio e Programmazione
 (Dr. Salvatore Bellomo)

L'anno duemiladiciannove, il giorno venti del mese di GIUGNO, nei locali della Sede Legale di via Giacomo Cusmano n° 24 - Palermo, il Direttore Generale dell'ASP di Palermo Dr.ssa Daniela Faraoni, nominata con D.P. n.191/serv.1/S.G. del 04/04/2019, assistito da DR. ANTONINO GAUDIO quale segretario verbalizzante, adotta la seguente delibera sulla base della proposta di seguito riportata:

**Il Direttore della UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIS,
Dr.ssa Mariagiuseppina Montagna**

PREMESSO che con deliberazione n. n.248 del 28/02/2019 è stato approvato e adottato il Piano Internal Audit 2019 dell'ASP di Palermo;

VISTA la nota n.25763 del 25/03/2019 con la quale l'Assessorato Regionale della Salute – DPS Servizio 2 "Controllo bilanci degli Enti del SSR – Percorsi Attuativi di Certificabilità dei Bilanci" – ha convocato il Responsabile PAC, il Responsabile Audit e il Collegio Sindacale dell'ASP PA il giorno 03/04/2019 per il monitoraggio Verifiche Audit Procedure Aziendali PAC anno 2018;

PRESO ATTO di quanto stabilito nel verbale del 03/04/2019 relativo al suddetto incontro con il quale l'Assessorato Regionale della Salute, esaminato l'esito degli audit 2018, ha prescritto all'ASP PA in sintesi di:

- Eseguire le verifiche programmate per l'anno 2019 entro il 1° semestre;
- Monitorare la corretta applicazione delle procedure per le casse ticket.

RITENUTO, di conseguenza, di dover modificare e integrare il Piano di Internal Audit 2019 adottato con deliberazione n. n.248 del 28/02/2019;

VISTO il PIANO DI INTERNAL AUDIT 2019, elaborato dal Coordinatore del Gruppo di Lavoro "Internal Audit" e sottoscritto dal Responsabile del Progetto PAC, allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale, che recepisce le suddette indicazioni assessoriali;

DATO ATTO della conformità della presente proposta alla normativa vigente che disciplina la materia trattata;

DATO ATTO che il Direttore della UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIS che propone il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata è, sia nella forma che nella sostanza, totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della L.14 Gennaio 1994 n.20 e s.m.i., e che lo stesso è stato predisposto nel rispetto della L. 6 Novembre 2012 n.190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione", nonché nell'osservanza dei contenuti del vigente Piano Aziendale della Prevenzione della corruzione;

Per le causali di cui in premessa,

PROPONE di:

- 1) **PRENDERE ATTO** di quanto stabilito nel verbale del 03/04/2019 relativo all'incontro convocato con nota n.25763 del 25/03/2019 dall'Assessorato Regionale della Salute – DPS Servizio 2 "Controllo bilanci degli Enti del SSR – Percorsi Attuativi di Certificabilità dei Bilanci" – per il monitoraggio Verifiche Audit Procedure Aziendali PAC anno 2018;
- 2) **MODIFICARE E INTEGRARE** il Piano Internal Audit 2019 dell'ASP di Palermo approvato con deliberazione n. n.248 del 28/02/2019
- 3) **APPROVARE E ADOTTARE** il PIANO DI INTERNAL AUDIT 2019 DELL'ASP DI PALERMO, allegato al presente atto come parte integrante e sostanziale, che recepisce le indicazioni assessoriali riportate nel suddetto verbale;
- 4) **DARE ATTO** che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa a carico del bilancio aziendale;
- 5) **DARE CARICO** all'U.O. Comunicazione e informazione di pubblicare sul sito istituzionale nella sezione denominata "Amministrazione Trasparente" / "Bilanci" / "PAC", il presente provvedimento completo dei relativi allegati;

- 6) **TRASMETTERE** copia della presente deliberazione, con i relativi allegati, all'Assessorato Regionale della Salute, al Collegio Sindacale e al RUP del Progetto PAC dell'ASP di Palermo.

Λ*****Λ

IL DIRETTORE DELL'UOC
Programmazione Controllo di Gestione - SIS
(Dr.ssa Mariagiuseppina Montagna)

Sul presente atto viene espresso
parere favorevole dal
parere favorevole dal

DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dr. ~~Il Direttore Amministrativo~~
Dr.ssa Nora Virga)

DIRETTORE SANITARIO
(Dr. ~~Roberto Monti Albanò~~)

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la proposta di deliberazione che precede, e che s'intende qui di seguito riportata e trascritta;
Visti i pareri favorevoli espressi dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;
Ritenuto di condividerne il contenuto,
Assistito dal segretario verbalizzante

DELIBERA

di approvare la superiore proposta, che qui s'intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata dal Dirigente Responsabile della struttura proponente.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dr.ssa Daniela Faraoni)

Il Segretario verbalizzante

COLLABORATORE AMMINISTRATIVO
PROFESSIONALE SENIOR
(Dott. ~~Andriano Corallo~~)

REGIONE SICILIANA

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - PALERMO

ATTESTAZIONI

Deliberazione n° 00209 del 20 GIU. 2019

Il Responsabile
dell'Ufficio Deliberazioni
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO
PROFESSIONALI SENIOR

(Dott. Antonino Guzzetta)

La presente deliberazione è stata affissa all'Albo il 23 GIU. 2019 L'Addetto _____

è stata ritirata dall'Albo il _____ L'Addetto _____

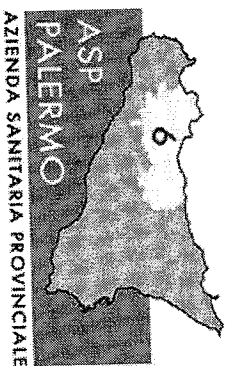
Si attesta che contro la presente deliberazione non è pervenuto alcun reclamo

Si attesta che contro la presente deliberazione è pervenuto reclamo da:

Palermo, _____

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Annotazioni: _____



Piano di Internal Audit 2019

ALLEGATO ALLA DELIBERA
N. 00208 DEL 20 GIU. 2019

ASP Palermo

PIANO INTERNAL AUDIT 2019

verifica della corretta esecuzione delle seguenti procedure nelle strutture a fianco indicate:

n.	DELIBERA	ALLEGATO	PROCEDURA	UOC Provveditorato	UOC Bilancio e Programmazione	UOC Contabilità analitica e Patrimonio	UOC Logistica e Servizi Esternalizzati	Dip. Farmaceutico	UOC Programmazione e organizzazione delle attività di cure primarie	UOC Contabilità generale e gestione tesoreria	UOS Coordinamento CUP	Casse ticket (a campione)
3	delibera n.793 del 30/11/2016	C	PROCEDURA AMMINISTRATIVA DI MONITORAGGIO DEL PROCESSO AUTORIZZATIVO PER LE IMMOBILIZZAZIONI Area PAC: D1.1, H2.2			1° sem. 2019						
6	delibera n.793 del 30/11/2016	F	PROCEDURA AMMINISTRATIVA GESTIONE DEI BENI IN CONTO DEPOSITO Area PAC: E1.5, E2.1, E5.2					1° sem. 2019				
13	delibera n.793 del 30/11/2016	O	REGOLAMENTO AZIENDALE MODALITA' D'ACCESSO DI TERZI ALLE STRUTTURE DELLA ASP DI PALERMO E ORGANIZZAZIONE PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO DI PORTIERATO, GUARDIANIA E SORVEGLIANZA Area PAC: D3.1				1° sem. 2019					
22	delibera n.171 del 30/10/2017	9	PROCEDURA AMMINISTRATIVA PER L'APPROVVIGIONAMENTO DI BENI E SERVIZI Area PAC: I1.1	1° sem. 2019								
23	delibera n.171 del 30/10/2017	10	PROCEDURA AMMINISTRATIVA PER LA GESTIONE DEGLI ACQUISTI DI PRESTAZIONI SANITARIE DA PRIVATO Area PAC: I1.5						1° sem. 2019			
31	delibera n.171 del 30/10/2017	18	PROCEDURA AMMINISTRATIVA PER LA GESTIONE DELLE CASSE Area PAC: F1.6, G1.2, G5.1 (limitatamente ai punti 5.1.1 e 5.1.4)							1° sem. 2019	1° sem. 2019	2° sem. 2019

Il Coordinatore del Gruppo di Lavoro "Internal Audit"
(Drs.ssa Mariagiusoppina Montagna)

Visto
Il Responsabile PAC
(Dr. Sergio Consagra)



ASSESSORATO DELLA SALUTE

Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica
Servizio 2 Controllo bilanci degli Enti del S.S.R. Percorsi Attuativi di Certificabilità dei Bilanci

Prot. n° 52072

del 25 GIUGNO 2019

OGGETTO: Monitoraggio delle verifiche di Audit P.A.C – 1^ semestre 2019.

Alle Direzioni Generali
degli Enti del S.S.R.

Alla Direzione Generale
dell'IRCCS Bonino Pulejo

Agli Internal Audit
delle Aziende del S.S.R.
dell'IRCCS Bonino Pulejo

Ai Responsabili P.A.C.
delle Aziende del S.S.R.
dell'IRCCS Bonino Pulejo

e, p.c. Al Gruppo di Lavoro Regionale per
l'attività di coordinamento sul P.A.C

Ai Collegi Sindacali
degli Enti del S.S.R.
dell'IRCCS Bonino Pulejo

All'Assessore alla Salute
All'Ufficio di Gabinetto
LORO SEDI

Nell'ambito del Percorso Attuativo di Certificabilità, la Regione Siciliana ha previsto l'istituzione della funzione dell'Internal Audit.

Come espressamente previsto dal D.A. 1559/16 all'Azione A.1.7 del P.A.C, gli Enti del S.S.R. hanno istituito la **figura di Internal Audit**, la cui funzione debba essere:

- *Indipendente;*
- *Obiettiva;*
- *Finalizzata a migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'organizzazione amministrativo-contabile aziendale.*

Nel richiamare i contenuti delle note prot. 65013 del 02.08.2016, e prot. 9795 del 04.02.2019 nelle quali sono stati indicati i profili della funzione di IA, si ribadisce, nell'ottica del pieno raggiungimento degli obiettivi del P.A.C., l'importanza che riveste siffatta figura professionale nel consentire all'Azienda di migliorare la gestione in termini di **“efficienza”, “efficacia”** ed **“economicità”**.

Si ritiene altresì necessario, precisare che il **ruolo** svolto dall'I.A. oltre ad essere *consultivo/propositivo* e finalizzato anche a svolgere le seguenti funzioni:

- *Mappatura dei rischi;*
- *Pianificazione degli incontri di audit;*
- *Verifica la corretta applicazione delle procedure di gestione e di controllo;*
- *Assicura lo sviluppo di valori e principi etici all'interno delle Aziende;*
- *Migliora l'efficace gestione dell'organizzazione e dell'accountability;*
- *Comunica le informazioni sui rischi e sui controlli effettuati oltre che alla Direzione anche ai responsabili interessati delle strutture interne;*
- *Coordina l'attività e il processo di scambio di informazioni sui rischi rilevati e sui controlli effettuati tra la Direzione, gli Organismi di Controllo Esterno e la Dirigenza;*
- *Aggiorna il modello di "Risk Assessment" sulla base degli esiti di audit;*
- *Svolge gli interventi di audit programmati;*
- *Redige i rapporti di Audit;*
- *Propone alla Direzione le azioni ed individua le soluzioni migliorative.*

Quanto sopra premesso, con nota prot. 9795 del 04.02.2019, è stata inoltrata, ad ogni singola Azienda del S.S.R, la richiesta di acquisire la documentazione appresso indicata:

- **Relazione del risk assessment;**
- **Piano annuale Audit - anno 2019;**
- **Piano triennale Audit**

Pertanto, nell'ottica di proseguire un costante e preciso monitoraggio dell'attività finalizzata al raggiungimento degli obiettivi del P.A.C, nonché a consentire alle Aziende Sanitarie di superare stabilmente i fattori di criticità, si chiede, come già evidenziato in sede di incontri per le verifiche I.A. sulla 2^a semestralità 2018, di trasmettere la griglia (Allegato 1), debitamente compilata ed aggiornata all'esito degli audit effettuati fino al **30 giugno 2019**, già programmati da ogni singolo Ente sanitario nel piano annuale audit per l'anno 2019.

Le Aziende avranno cura, di procedere nella medesima griglia ad annotare il riscontro alle prescrizioni formulate in sede di verbale relativo alla verifica Audit del 2^a semestre 2018.

Nel caso in cui insistano sulla stessa AREA più strutture da auditare (a titolo esemplificativo le farmacie per l'area delle Rimanenze), la singola sezione della griglia potrà essere intestata alle strutture verificate fermo restando l'articolato come previsto dal P.A.C. che non potrà subire alcuna modifica.

Per la compilazione della griglia si rimanda a quanto già disposto con nota prot.45442 del 12.06.2018.

La griglia del 1^a semestre 2019 dovrà essere trasmessa, entro e non oltre la data 05 luglio 2019 per posta elettronica certificata all'indirizzo: dipartimento.pianificazione.strategica@cert.mail.regione.sicilia.it.

La medesima griglia in formato editabile dovrà essere trasmessa all'indirizzo:gscoma@regione.sicilia.it.

L'esito delle verifiche I.A. effettuate nel 2^a semestre 2019 dovrà essere trasmesso, con la stessa modalità di cui sopra, **entro il 7 gennaio 2020.**

Il Funzionario Direttivo
Dott. Giovanni Scoma

Il Dirigente del Servizio 2
Dott. Marcello Cascino



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI PALERMO
GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DELL'INTERNAL AUDIT
AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2019

Responsabile della funzione dell'IA: Dr.ssa Mariaguseppina Montagna (Direttore UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIS) Coordinatore del Gruppo di Lavoro "Internal audit" nominata con nota n. ASP/8789/2018/U del 20/02/2018

Responsabile P.A.C.: //

Area	Azione	Descrizione	A - U.O. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - Livello di rischio percepito	E - Esito verifiche I.A.		F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit	G - Misure correttive da intraprendere con indicazione della tempistica proposta per il superamento della criticità
							Positivo	Negativo		
AREA IMMOBILIZZAZIONI										
D1)	D1.4	Attivazione di un sistema di verifiche periodiche volte a riscontrare l'applicazione della procedura [D1.1 - di monitoraggio del processo autorizzativo per le immobilizzazioni] con predisposizione di relativo report delle risultanze delle verifiche.	UOC Contabilità analitica e Patrimonio	Invio follow-up nota n. 1280 del 04/06/2019; riscontro email del 21/06/2019	3. Questionario	medio	X			Motivazione: Difficoltà nella configurazione dei prodotti/articoli e non corretta registrazione in C4H dei cespiti. Azioni correttive: A maggio 2019, organizzate giornate di formazione con i magazzinieri e gli operatori della Dedalus per fornire conoscenze e competenze per il corretto inserimento dei dati. Tempi di risoluzione: Definizione delle operazioni entro ottobre 2019. da rivedere nel 2° semestre 2019
D3)	D3.3	Verifica d'identità delle misure per il controllo del movimento delle persone e dei beni, all'entrata e all'uscita dei locali dei beni.	UOC Logistica e Servizi Esternalizzati	n. 1284 del 04/06/2019; riscontro: email del 09/07/2019	3. Questionario	alto	X			Motivazione: impossibile utilizzare la registrazione elettronica degli accessi Azioni correttive: Si procederà a modificare il regolamento Tempi di risoluzione: in tempi brevi da rivedere nel 2° semestre 2019
E1)	E1.5	E1.5 "Predisposizione di procedure specifiche per la gestione dei conti deposito (es protesti, materiali monousi)"	Dip. Farmaceutico	Invio follow-up nota n. 1281 del 04/06/2019; riscontro nota n. 2174/DF del 24/06/2019	3. Questionario	alto	X			Motivazioni: impossibilità di caricamento su C4h dei documenti di trasporto in conto deposito. Azioni correttive: In sede di riunione con tecnici Dedalus, veniva segnalata l'impossibilità di caricamento su C4h dei documenti di cui sopra. Tempi di risoluzione: i tempi di risoluzione della problematica dipendono dal riscontro della Dedalus. da rivedere nel 2° semestre 2019
E2)	E2.6	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto E2.1 "Predisposizione di una procedura relativa a carichi e scarichi da magazzino, in cui sia prevista tra l'altro: a) apposita documentazione interna (con buoni prenumerati) ed apposite autorizzazioni per tutti i carichi a magazzino per materiali di acquisto e per i resi a fornitori b) controlli da porre in essere per garantire la completa e tempestiva registrazione di tali documenti nel sistema di gestione del magazzino (ad es. a mezzo della prenumerazione dei documenti)". c) che i prelievi, i trasferimenti e i resi vengano effettuati con documenti interni prenumerati o numerati sequenzialmente d) che le autorizzazioni di tali movimenti siano emesse da persone indipendenti rispetto a chi gestisce i magazzini o tiene la contabilità di magazzino". Tale procedura deve prevedere anche l'applicazione delle disposizioni contenute nel D. Lgs 118/2011 e nella Casistica applicativa	Dip. Farmaceutico	Invio follow-up nota n. 1281 del 04/06/2019; riscontro nota n. 2174/DF del 24/06/2019	3. Questionario	alto	X			Motivazioni: impossibilità di caricamento su C4h dei documenti di trasporto in conto deposito. Azioni correttive: In sede di riunione con tecnici Dedalus, veniva segnalata l'impossibilità di caricamento su C4h dei documenti di cui sopra. Tempi di risoluzione: i tempi di risoluzione della problematica dipendono dal riscontro della Dedalus. da rivedere nel 2° semestre 2019
E5)	E5.4	E 5.2 Implementazione di procedure e programmi di approvvigionamento che tengano conto del turnover dei beni e delle obsolescenze.	Dip. Farmaceutico	Invio follow-up nota n. 1281 del 04/06/2019; riscontro nota n. 2174/DF del 24/06/2019	3. Questionario	alto	X			Motivazioni: impossibilità di caricamento su C4h dei documenti di trasporto in conto deposito. Azioni correttive: In sede di riunione con tecnici Dedalus, veniva segnalata l'impossibilità di caricamento su C4h dei documenti di cui sopra. Tempi di risoluzione: i tempi di risoluzione della problematica dipendono dal riscontro della Dedalus. da rivedere nel 2° semestre 2019

Handwritten notes and signatures on the right margin.

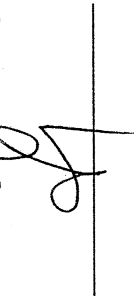
GRIGLIA DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE VERIFICHE DELL'INTERNAL AUDIT
AGGIORNATA ALLA DATA DEL 30 GIUGNO 2019

Responsabile della funzione dell'IA: Dr.ssa Mariagiuseppina Montagna (Direttore UOC Programmazione Controllo di Gestione - SIS) Coordinatore del Gruppo di Lavoro "Internal Audit": nominata con nota n. ASP/8789/2018/U del 20/02/2018

Responsabile P.A.C.: //

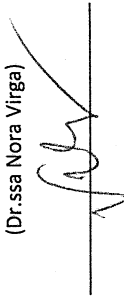
Area	Azione	Descrizione	A - U.O. verificate	B - Data verifica	C - Oggetto verifica	D - Livello di rischio percepito	E - Esito verifiche I.A.		F - Fattori di criticità rilevati in sede di Audit	G - Misure correttive da intraprendere con indicazione della tempestività proposta per il superamento delle criticità	
							Positivo	Negativo			
AREA CREDITI E RICAVI											
F1	F1.11	F1.6 "Adozione di una procedura di verifica dei ricavi da partecipazione alla spesa sanitaria (Ticket) che consenta di accertare la corrispondenza tra: visite prenotate a sistema; prestazioni erogate, impegnative ed incassi ricevuti"	UOC Contabilità generale e gestione tesoreria UOS Coordinamento CUP Casse ticket (nel 2° semestre)	11/06/2019 -	1. verifica documentale 2. interviste dirette al personale 5. verifica del software	medio	X		UOC Contabilità generale e gestione tesoreria; verifica positiva UOS Coordinamento CUP; In atto le attività procedurali di controllo tra le prestazioni prenotate ed erogate non avviene nell'ambito della UO. UOS Coordinamento CUP: Motivazioni: • La gestione dei piani di lavoro avviene al polibulatorio. I piani di lavoro visualizzati alla UOS Coordinamento CUP non danno evidenza dell'allineamento tra prestazioni prenotate ed erogate; • carenza di personale. Azioni correttive: la Responsabile del Coordinamento CUP aziendale organizzerà con le strutture eroganti interne la produzione di un report mensile che certifichi l'allineamento tra le prestazioni erogate e pagate. Tempi di risoluzione: ottobre 2019. da rivedere nel 2° semestre 2019		
AREA DESBITI E COSTI											
11	11.7	Verifica di corretta esecuzione della procedura definita al punto 11.5 "Acquisto prestazioni sanitarie da privato Definizione di una procedura formalizzata al fine della remunerazione delle prestazioni nella quale siano previsti i seguenti punti di controllo: a. verifica sulle prestazioni erogate, sulla verifica della correttezza delle codifiche utilizzate e successivamente la congruità delle informazioni iscritte; b. l'aggiornamento della situazione di autorizzazione e accreditamento escludendo sulla base di dati ufficiali, notificati e in costante azione di verifica del mantenimento dei requisiti per l'esercizio dell'attività sanitaria; c. verifica della piena responsabilità nella gestione e controlli di tutte le prestazioni sanitarie acquistate per conto del SSR dai soggetti erogatori privati accreditati, garantendo il controllo della coerenza tra prestazioni erogate, prestazioni fatturate ed eventualmente liquidate"	UOC Programmazione e organizzazione delle attività di cure primarie	Invio follow-up: nota n. 1283 del 04/06/2019 riscontro: nota n. 2744 del 13/06/2019	3. Questionario	medio	X		Il modulo informatico per la gestione dell'assistenza ambulatoriale è stato implementato ex-novo da gennaio 2019 e quindi è in fase di messa a regime.	da rivedere nel 2° semestre 2019	

Il Coordinatore del Gruppo di Lavoro "Internal Audit"
(Dr.ssa Mariagiuseppina Montagna)




Visto

Il Direttore Amministrativo
(Dr.ssa Nora Virga)



Il Direttore Sanitario
(Dr. Maurizio Montalbano)



Il Direttore Generale
(D.ssa Daniela Faraoni)

